

Aprendizagens em Contexto Simulado

Normas de Procedimento de Enfermagem
Fundamentos de Enfermagem
Volume I

APRENDIZAGENS EM CONTEXTO SIMULADO

Fundamentos de Enfermagem – Volume I

NORMAS DE PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM

FICHA TÉCNICA

Coordenadores

Ana Lúcia Ramos & Andreia Ferreri Cerqueira

Revisão Científica

Ana Lúcia Ramos

Andreia Ferreri Cerqueira

Lucília Nunes

Autores dos capítulos

Ana Lúcia Ramos

Andreia Ferreri Cerqueira

Cândida Ferrito

Celso Ribeiro

Fátima Frade

Guida Amaral

Hugo Franco

Susana Duarte

Tatiana Silva

Colaboradores

Estudantes do 14.º, 15.º, 16.º e 17.º CLE da ESS | IPS

Ano letivo 2014/2015; 2015/2016

Edição

Departamento de Enfermagem ESS | IPS

Campus do IPS, Estefanilha

2914-503 Setúbal, Portugal

www.ess.ips.pt

ISBN: 978-989-98206-5-4

Data: setembro de 2017; revisão julho 2018

LISTA DE ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACS – Aprendizagens em Contexto Simulado

BPM – Batimentos por Minuto

CLE – Curso de Licenciatura em Enfermagem

CM – Centímetros

CPM – Ciclos por Minuto

DE – Departamento de Enfermagem

DGS – Direção-Geral da Saúde

EPI – Equipamento de Proteção Individual

ESS IPS – Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

IMC – Índice de Massa Corporal

MMHG – Milímetros de Mercúrio

OE – Ordem dos Enfermeiros

SABA – Solução antisséptica de Base Alcoólica

ÍNDICE GERAL

APRESENTAÇÃO	7
ENVOLVER E AVALIAR A PESSOA E A SUA FAMÍLIA NO CONTEXTO DE CUIDADOS.....	11
Norma 01. REALIZAR ACOLHIMENTO À PESSOA/FAMÍLIA NA UNIDADE DE CUIDADOS	13
<i>Ana Lúcia Ramos, Andreia Ferreri Cerqueira & Cândida Ferrito</i>	
Norma 02. REALIZAR EXAME FÍSICO	19
<i>Andreia Ferreri Cerqueira & Ana Lúcia Ramos</i>	
Norma 03. MONITORIZAR SINAIS VITAIS.....	27
<i>Andreia Ferreri Cerqueira & Ana Lúcia Ramos</i>	
GARANTIR A SEGURANÇA DOS ATORES NO CONTEXTO DE CUIDADOS.....	51
Norma 04. REALIZAR A HIGIENE DAS MÃOS	53
<i>Andreia Ferreri Cerqueira & Ana Lúcia Ramos</i>	
Norma 05. ELIMINAR RESÍDUOS	61
<i>Tatiana Silva, Ana Lúcia Ramos & Andreia Ferreri Cerqueira</i>	
Norma 06. APLICAR DISPOSITIVO DE IMOBILIZAÇÃO PREVENTIVO	67
<i>Susana Duarte, Guida Amaral, Ana Lúcia Ramos & Andreia Ferreri Cerqueira</i>	
PROVIDENCIAR CUIDADOS DE CONFORTO	75
Norma 07. PREPARAR A CAMA NÃO OCUPADA.....	77
<i>Tatiana Silva, Susana Duarte, Ana Lúcia Ramos & Andreia Ferreri Cerqueira</i>	
Norma 08. PREPARAR A MACA	87
<i>Tatiana Silva, Susana Duarte, Ana Lúcia Ramos & Andreia Ferreri Cerqueira</i>	
Norma 09. PREPARAR A CAMA OCUPADA.....	93
<i>Susana Duarte, Tatiana Silva, Ana Lúcia Ramos & Andreia Ferreri Cerqueira</i>	
Norma 10. PREPARAR A CAMA CIRÚRGICA	103
<i>Susana Duarte, Tatiana Silva, Ana Lúcia Ramos & Andreia Ferreri Cerqueira</i>	
Norma 11. APLICAR AGENTE FÍSICO	109
<i>Celso Ribeiro, Ana Lúcia Ramos & Andreia Ferreri Cerqueira</i>	
Norma 12. APLICAR LIGADURAS	117
<i>Tatiana Silva, Fátima Frade, Ana Lúcia Ramos & Andreia Ferreri Cerqueira</i>	
PROMOVER MOBILIDADE FÍSICA	129
Norma 13. MOBILIZAR A PESSOA NA CAMA	131
<i>Susana Duarte, Ana Lúcia Ramos & Andreia Ferreri Cerqueira</i>	
Norma 14. POSICIONAR A PESSOA DEPENDENTE.....	141
<i>Hugo Franco, Tatiana Silva, Ana Lúcia Ramos & Andreia Ferreri Cerqueira</i>	
Norma 15. TRANSFERIR A PESSOA.....	159
<i>Susana Duarte, Hugo Franco, Celso Ribeiro, Ana Lúcia Ramos & Andreia Ferreri Cerqueira</i>	

Norma16. EXECUTAR MOVIMENTOS ARTICULARES PASSIVOS.....	189
<i>Celso Ribeiro, Ana Lúcia Ramos & Andreia Ferreri Cerqueira</i>	
Norma 17. TREINAR PESSOA A ANDAR COM MEIO AUXILIAR DE MARCHA	205
<i>Celso Ribeiro, Ana Lúcia Ramos & Andreia Ferreri Cerqueira</i>	
PROMOVER ELIMINAÇÃO EFETIVA.....	223
Norma 18. ADMINISTRAR ENEMA DE LIMPEZA INTESTINAL	225
<i>Fátima Frade, Ana Lúcia Ramos & Andreia Ferreri Cerqueira</i>	
Norma 19. COLOCAR E TROCAR ABSORVENTE	237
<i>Susana Duarte, Guida Amaral, Ana Lúcia Ramos & Andreia Ferreri Cerqueira</i>	
Norma 20. COLOCAR E TROCAR DISPOSITIVO URINÁRIO	243
<i>Susana Duarte, Ana Lúcia Ramos & Andreia Ferreri Cerqueira</i>	
Norma 21. COLOCAR E RETIRAR ARRASTADEIRA.....	251
<i>Susana Duarte, Ana Lúcia Ramos & Andreia Ferreri Cerqueira</i>	
NOTA FINAL.....	257

APRESENTAÇÃO

Este livro/e-book, sob o título **Aprendizagens em Contexto Simulado. Normas de Procedimento de Enfermagem**, que ora se apresenta com *Fundamentos de Enfermagem. Volume I*, tanto representa uma etapa do percurso iniciado em 2000, com a decisão de lecionação das aulas práticas a partir de normas de procedimento, como abre uma nova etapa de desenvolvimento curricular.

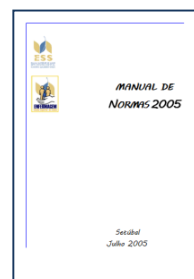
Vejamos a questão das etapas anteriores, num percurso que reconhecemos integrador e de continuidade, integrando alterações e atualização.

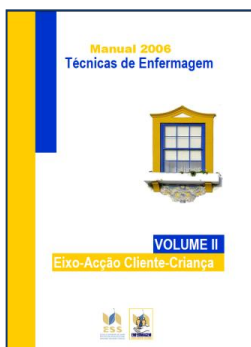
A primeira edição do estilo, o então designado *Manual 2002: Normas de Procedimento*, decorreu de um Projeto de Elaboração de Normas de Procedimento, desenvolvido no âmbito da colaboração interinstitucional, da responsabilidade de um grupo de professores e de enfermeiros nomeados pelas instituições, nomeadamente, Hospital de São Bernardo - Setúbal, Hospital Nossa Senhora do Rosário - Barreiro, Centro de Saúde do Bonfim, de São Sebastião e do Seixal, que laboraram em conjunto no ano letivo de 2001/2002. Esse Manual, num volume que continha 37 normas, com a intencionalidade de sistematizar a lecionação das práticas, foi utilizado como suporte ao ensino prático nos anos subsequentes.

Entendeu-se necessário atualizar bem como ampliar o número de normas disponíveis – um grupo de elaboração de normas e um grupo de revisão assumiu essa tarefa no ano letivo de 2004/2005, com o *Manual de Normas 2005*. Ainda assim, verificámos que não existiam normas formalizadas para todos os procedimentos lecionados e que existiam procedimentos que, não sendo passíveis de uma estrutura de norma, podiam ser sujeitos a Guias ou a Recomendações.

No ano letivo de 2005/2006, com reforço do mesmo objetivo pedagógico e em continuidade com os objetivos científicos da aprendizagem das práticas, foi efetivado o *Projeto de Normas 2006*. Nas estratégias então definidas, incluímos a constituição do GEN - Grupo de Elaboração de Normas, com um docente de cada unidade curricular, e o Grupo de Revisão Científica de Normas.

À época, aferimos alguns pressupostos, centrados na lecionação das práticas de Enfermagem e entendemos que uma *norma de procedimento* é a descrição detalhada e sequencial de como uma atividade deve ser realizada; fornece regras, diretrizes e etapas para um procedimento técnico, cuja observância é obrigatória, tendendo à obtenção de um desempenho relativamente padronizado; é baseada





em princípios científicos e suportada pelas teorias e práticas mais recentes, destinando-se a uso comum e repetido de lecionação e de aprendizagem, foi harmonizador fixar a estrutura técnica da norma. Além das normas de procedimento, o *Manual 2006* incluiu *guias de atuação* [seguem a lógica das Guidelines, linhas orientadoras para a abordagem de um problema, atividade, equipamento ou recurso; podem integrar itens mais complexos, incluindo objetivos, técnicas, atuação terapêutica, etc.] e *recomendações* [explicitação, por tópicos ou temas, de um conjunto de aspetos a ter em conta relativamente a um assunto concreto, com a flexibilidade de se adaptarem num contexto específico; são suportadas pela teoria, pela evidência e/ou por resultados de investigação. Constitui exemplo as recomendações para a manutenção de um ambiente seguro].

Assim surgiu o *Manual 2006 – Técnicas de Enfermagem*, com três volumes - organizado de acordo com o Eixo-ação (maioritariamente) e o Eixo-cliente (adulto, no volume I e criança no volume II). No volume I, contavam-se 50

Normas de Procedimento e 14 no Volume II, existindo 11 Recomendações e 19 Guias no Volume III.

Em 2010/2011, começámos a rever as normas, com a integração de algumas questões temáticas e/ou mais problemáticas nas unidades curriculares de Investigação (do 3º e 4º anos) e a estabelecer um processo de revisão com sede no desenvolvimento da lecionação nas unidades curriculares. Assim, procedemos a partir da lecionação para a revisão das normas e utilizando a revisão sistemática ou integrativa para recolha de contributos de revisão/atualização das normas.

Neste percurso, com a meta temporal da produção do Relatório de Autoavaliação do curso, submetido à Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior, na conjugação de diversos fatores, tornou-se claro que procederíamos a um natural e desejável desenvolvimento curricular.

No processo de reformulação do plano de estudos do Curso de Licenciatura em Enfermagem, deliberámos que as aulas teórico-práticas e práticas, que integravam quase todas as unidades curriculares de Enfermagem e eram relativas a procedimentos, técnicas e práticas poderiam constituir unidades curriculares autónomas, como eixo transversal nos quatro anos do curso. E criámos as novas unidades curriculares "**Aprendizagens em Contexto Simulado**" (ACS's), para as quais definimos objetivos de aprendizagem (conhecimentos, aptidões e competências a desenvolver pelos estudantes), visando o desenvolvimento de competências procedimentais aliadas às de raciocínio crítico, tomada de decisão e de gestão clínica. Assim, o currículo passa a ter seis unidades curriculares ACS, distribuídas ao longo dos anos do curso - mais concretamente no primeiro e segundo semestre do primeiro ano e do segundo anos, no primeiro semestre do terceiro e do quarto anos.

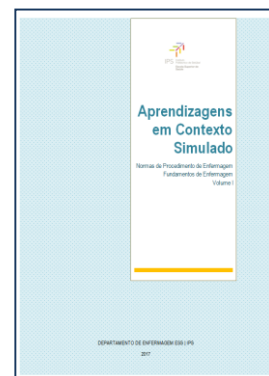
Fica, então, explicado este novo título - "Aprendizagens em Contexto Simulado" -, a partir do percurso do próprio plano de estudos do curso, e porque é que representa a abertura de uma nova etapa

curricular - construído a partir das experiências pedagógicas e dos manuais anteriores, perspetivando alterações e projetando, em conformidade, a publicação de seis volumes, um de e para cada unidade curricular.

Não obstante ir longa esta *apresentação*, que visava um volume e se debruçou também sobre a coleção, gostaríamos de assinalar as mudanças na estrutura destes manuais de procedimentos, escolhas que não são aleatórias ou fortuitas, mas que correspondem ao próprio desenvolvimento paradigmático, epistémico, científico, dos fundamentos, consolidação e implementação de processos de ensino-aprendizagem do curso.

Em concreto, neste volume, a estrutura considera 5 partes, relativas a *Envolver e avaliar a pessoa e a sua família no contexto de cuidados* (3 normas), *"Garantir a segurança dos atores no contexto de cuidados"* (3 normas), *"Providenciar cuidados de conforto"* (6 normas), *"Promover a mobilidade física"* (5 normas) e *"Promover eliminação efetiva"* (4 normas).

Com um total de 21 normas, este volume cobre os conteúdos programáticos da nova unidade curricular *Aprendizagens em Contexto Simulado I*, relativa aos *Fundamentos de Enfermagem, volume I*, destinado à lecionação no primeiro semestre do primeiro ano do CLE.



Como todos os manuais pedagógicos de matriz científica, conta-se que a sua utilidade possa ir além dos espaços académicos, para os contextos clínicos de prestação de cuidados.

A todos os docentes que colaboraram, aos autores, aos estudantes que participaram nas revisões e validações em espaço de laboratório nos anos letivos de 2014/15 e 2015/16 e, especialmente, a Ana Lúcia Ramos & Andreia Ferreri Cerqueira, no zelo e diligência necessários para a coordenação desta obra, o nosso profundo agradecimento. E se o percurso que permite, hoje, materializar esta produção é relevante, tanto ou mais será a sua implementação, discussão, e, no tempo, a natural revisão e atualização futura. Porque em matérias de ensinar e aprender Enfermagem, um marco de etapa serve, fundamentalmente, para prosseguir caminho.

Lucília Nunes

Coordenadora do Departamento de Enfermagem

Escola Superior de Saúde

Instituto Politécnico de Setúbal

ENVOLVER E AVALIAR A PESSOA E A SUA FAMÍLIA NO CONTEXTO DE CUIDADOS

Norma 01 Realizar acolhimento à pessoa/família na unidade de cuidados

Norma 02 Realizar exame físico

Realizar exame físico: Observação Geral

Realizar exame físico: Observação específica

Norma 03 Monitorizar sinais vitais

Avaliar a temperatura corporal

Avaliar o pulso periférico e central

Avaliar a respiração

Avaliar a tensão arterial

Avaliar a dor

Norma de Procedimento de Enfermagem

Norma 01. REALIZAR ACOLHIMENTO À PESSOA/FAMÍLIA NA UNIDADE DE CUIDADOS

Ana Lúcia Ramos, Andreia Ferreri Cerqueira & Cândida Ferrito

DEFINIÇÃO:

Procedimento de enfermagem de carácter autónomo, que consiste no acolhimento, observação e obtenção de dados da pessoa que dá entrada num serviço de internamento.

O acolhimento¹ em enfermagem permite estabelecer novas relações entre pessoas e profissionais de saúde, tendo por base a humanização e os direitos de cidadania.

A realização do acolhimento permite iniciar o estabelecimento de uma relação terapêutica e de ajuda, com a pessoa e a família, sendo um momento de especial interação, que visa a escuta, a valorização da pessoa, a identificação das suas necessidades e o respeito pela sua singularidade.

OBJETIVOS:

Recolher informações para auxiliar a equipa de cuidados de saúde a proporcionar cuidados adequados, eficientes e um atendimento eficaz à pessoa.

Informar a pessoa acerca dos seus direitos e deveres.

Contribuir para a autonomia da pessoa durante o internamento.

Promover o conforto e bem-estar da pessoa durante o internamento.

Educar e familiarizar a pessoa e os familiares em relação aos direitos da pessoa e das suas responsabilidades, bem como as políticas e práticas do Serviço / Instituição.

ORIENTAÇÕES PARA A EXECUÇÃO:

Utilize linguagem simples e acessível e apropriada à pessoa e sua situação.

Envolve, sempre que possível, a pessoa significativa no acolhimento.

Incentive a uma participação ativa da pessoa e familiares no processo de acolhimento.

¹O ambiente constitui-se como um fator extremamente necessário de ter em atenção durante o acolhimento, na medida em que um ambiente agradável e adequado promove o conforto, a privacidade, permitindo que a pessoa se sinta mais à vontade para expressar a sua problemática.

Tenha em conta o regulamento interno de cada serviço e a norma de acolhimento (se existir).

Verifique se o quarto se encontra pronto e ou prepare-o de acordo com as necessidades conhecidas da pessoa. Confirme se os equipamentos, que por norma constam nos quartos, estão presentes e se se encontram em funcionamento, como por exemplo, rampas de oxigénio, ar e vácuo.

Ajuste as luzes, temperatura e ventilação do quarto para promover o conforto da pessoa

Ajuste a cama no nível mais baixo e incline a cabeceira para colocar a pessoa em posição *semifowler*, se a pessoa é independente. Se a pessoa chega à unidade na maca, colocar a cabeceira da cama sem inclinação e elevar a cama para facilitar a transferência.

MATERIAL NECESSÁRIO:

Folheto informativo (se existir) ou outros recursos se existirem (como apps) que complementem a informação oral transmitida.

REALIZAR ACOLHIMENTO À PESSOA/FAMÍLIA NA UNIDADE DE CUIDADOS	
Sequência do procedimento	Fundamentação
<p>1. Aquando a chegada da pessoa e família:</p> <ul style="list-style-type: none">a. Cumprimente-a;b. Apresente-se, referindo o seu nome, categoria profissional e explique quais as suas responsabilidades perante os cuidados de saúde da pessoa; apresente, igualmente, os elementos da equipa que se encontram de serviço.c. Pergunte como prefere ser tratadad. Apresente o serviço, referindo onde se localiza a sala de enfermagem, a sala de refeições, bem como outros espaços considerados relevantes;e. Oriente a pessoa e a família para o quarto que lhe foi destinado e que se encontra previamente preparado;	<p>1. Facilita a integração e o conhecimento das regras do serviço, minimiza riscos do internamento, manifesta respeito pela identidade e inicia a relação terapêutica.</p>

REALIZAR ACOLHIMENTO À PESSOA/FAMÍLIA NA UNIDADE DE CUIDADOS	
Sequência do procedimento	Fundamentação
<p>f. Apresente a pessoa às outras pessoas internadas no mesmo quarto, caso estas consintam;</p> <p>g. Assista ou transfira a pessoa para a cama, se necessário, colocando a cama no nível mais baixo após a transferência. Eleve as grades da cama de acordo com as necessidades de segurança da pessoa e/ou de acordo com o protocolo do serviço.</p>	
<p>2.No quarto da pessoa, refira as informações essenciais relativas à unidade de internamento:</p> <p>a. Avalie a pessoa e família relativamente à necessidade de conhecimento e ansiedade relacionados com o processo de admissão / internamento.</p> <p>b. Forneça apoio emocional e informações adicionais, conforme necessário.</p> <p>c. Informe sobre os objetos pessoais que a pessoa pode ter consigo e sobre o que não pode permanecer na unidade, de acordo com a política interna de cada instituição.</p> <p>d. Forneça informação sobre a utilização de televisões, rádios e telemóveis na unidade, de acordo com o regulamento do serviço.</p> <p>e. Instrua a pessoa e família sobre o uso do equipamento no quarto da pessoa (nomeadamente, o botão de chamada; o comando da cama; a mesa de refeições e o telefone).</p> <p>f. Informe a pessoa e família sobre as normas gerais e rotinas do serviço (horário das refeições, horário da visita social/pessoa significativa, horário de informações à</p>	<p>2.Facilita a integração e o conhecimento das regras do serviço; promove a melhor gestão dos recursos existentes e, em consequência, o bem-estar durante o internamento.</p>

REALIZAR ACOLHIMENTO À PESSOA/FAMÍLIA NA UNIDADE DE CUIDADOS	
Sequência do procedimento	Fundamentação
<p>família/pessoa significativa; regras sobre o acompanhamento da pessoa, entre outras).</p> <p>g. Informe a pessoa e família sobre os recursos de que o hospital dispõe (assistência social, gabinete do utente, apoio religioso (horário de atendimento), contacto telefónico do serviço, bar, acesso à instituição, entre outros).</p> <p>h. Coloque a mesa de refeições, o comando da cama e do televisor e o botão para chamar a equipa de enfermagem ao alcance da pessoa.</p> <p>i. Forneça guia de acolhimento da respetiva área assistencial (se disponível) bem como outros documentos facilitadores da sua integração.</p> <p>j. Forneça aos familiares, o contacto da sala de enfermagem e o número correspondente ao quarto da pessoa.</p>	
<p>3.Realize entrevista à pessoa, de acordo com protocolo da unidade, recorrendo a instrumentos de medida, sempre que possível, dando especial ênfase a:</p> <p>a. Antecedentes de saúde pessoais e familiares relevantes (por exemplo: hospitalizações, cirurgias, problemas de saúde);</p> <p>b. História ambiental (por exemplo: condições habitacionais, existência de ambiente nocivo à saúde);</p> <p>c. Alergias;</p> <p>d. Medicação atual e outros agentes que podem conter ingredientes farmacológicos ativos (por exemplo: medicamentos sem prescrição médica, vitaminas, produtos naturais/ de ervanária);</p>	<p>3.Permite a avaliação da pessoa, para melhor adequar o processo de cuidados de enfermagem e completar o processo clínico, com os dados considerados relevantes.</p>

REALIZAR ACOLHIMENTO À PESSOA/FAMÍLIA NA UNIDADE DE CUIDADOS	
Sequência do procedimento	Fundamentação
<p>e. Atual estado vacinal;</p> <p>f. Avaliação do estado de consciência, orientação e emoção da pessoa (calmo, ansioso, agressivo, apático, triste);</p> <p>g. Presença de dor (nível de dor, duração, fatores desencadeantes e fatores de alívio);</p> <p>h. Avaliação das necessidades da pessoa [Respiração; alimentação; eliminação; higiene/ conforto e integridade cutânea; exercício e atividade; comunicação e multiculturalidade; sono e repouso; segurança; vivência da sexualidade; lidar com a morte; autoimagem; crenças, valores e espiritualidade; lazer e recreação; participação e interação social; mecanismos de adaptação];</p> <p>i. Avaliação física (consultar norma “Realizar exame físico”)</p>	
3.Efetue os registos de enfermagem, especificando as informações transmitidas à pessoa e família.	3.Regista a intervenção efetuada e quem a executou e promove a continuidade dos cuidados.

REFERÊNCIAS:

- Caple, C., & Pravikoff, D. (12 de fevereiro de 2016). Patient Admission: General -- Performing. (D. Pravikoff, Ed.) Cinahl Information Systems. Obtido em 19 de dezembro de 2016, de <http://web.b.ebscohost.com/nrc/detail?vid=5&sid=c4f7046a-f46b-4530-b05a-a444381853d5%40sessionmgr107&hid=129&bdata=JnNpdGU9bnJlWxpdmU%3d#AN=T704920&db=nrc>
- Chaveiro, N. D., & et al. (Julho de 2014). (R. d. Saúde, Ed.) Obtido em 30 de Janeiro de 2016, de B-On: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=352a8014-f59f-47fc-9aa9-4398ddc8a3b7%40sessionmgr198&vid=4&hid=114>
- Esmeraldo, G., & et al. (2009). Análise do acolhimento na estratégia de saúde da família sob a perspectiva do usuário. 12. Revista de Atencao Primaria a Saude. Obtido em 7 de Janeiro de 2016, de <http://eds.a.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=2&sid=bd8522bc-5235-4894-90cd->

a6f65bb48011%40sessionmgr4004&hid=4208&bdata=Jmxhbm9cHQtYnlmc2l0ZT1lZHMtGI2ZSZzY29wZT1zaXRI#AN=43385467&db=edo

Elkin, Martha K.; Pery, Anne G.; Potter, Patricia A. (2005)- *Intervenções de Enfermagem e Procedimentos Clínicos*. 2ª Edição. Loures: Lusociência. 1031p.ISBN 972-8383-96-7;

Potter, Patricia; Perry, Anne Griffen (2003). *Fundamentos de Enfermagem. Conceitos e Procedimentos*. Loures: Lusociência. ISBN 972-8930-24-0.

Simões, C. & Simões, J. (2007, junho). Avaliação Inicial de Enfermagem em linguagem CIPE segundo as Necessidades Humanas Fundamentais. *Revista de Enfermagem Referência*, pp 9-23.

Edição atualizada e revista de:

Coelho, A., & et al. (2006). Acolhimento da pessoa cliente no serviço de cirurgia. In Nunes, Lucília & Ruivo, Alice, Manual 2006: Técnicas de Enfermagem (Vol. III, pp.26-28). Setúbal: Departamento de Enfermagem ESS-IPS.

Cruchinho, P. & Gomes da Costa, F. (2006). Recomendação: facilitar a integração da pessoa/cliente na unidade de internamento. In Nunes, Lucília & Ruivo, Alice, Manual 2006: Técnicas de Enfermagem (Vol. III, p.25). Setúbal: Departamento de Enfermagem ESS-IPS.

Norma de Procedimento de Enfermagem

Norma 02. REALIZAR EXAME FÍSICO

Andreia Ferreri Cerqueira & Ana Lúcia Ramos

DEFINIÇÃO:

O exame físico integra a primeira fase do Processo de Enfermagem, a avaliação inicial. Nele são recolhidos dados objetivos através dos sentidos: visão, audição, olfato e tato e através de material/equipamento específico.

OBJETIVOS:

Reunir dados sobre o estado de saúde da pessoa adulta e idosa.

Identificar as principais alterações físicas na pessoa adulta e idosa, estabelecendo diagnósticos de Enfermagem e resultados esperados relacionados com essas alterações.

Complementar, confirmar ou refutar dados anteriormente colhidos.

Tomar decisões.

Avaliar os resultados das intervenções.

ORIENTAÇÕES PARA A EXECUÇÃO:

Antes do procedimento:

Prepare o ambiente (calmo, limpo, acolhedor e promovedor da privacidade).

Prepare o material/equipamento (adequado à situação).

Prepare a pessoa/família (explique o procedimento e a sua relevância para a situação).

Aplique os conhecimentos de anatomofisiologia, assim como de patologia.

Durante o procedimento:

Realize o exame físico do geral (aspeto geral e comportamento; sinais vitais; altura e peso) para o particular (sistemas específicos e adequados à situação).

Centre o exame físico em prioridades.

Realize o exame físico de forma completa e detalhada, em função das necessidades da pessoa adulta e/ou idosa.

Entenda o exame físico como uma referência/ base de comparação.

Considere a cultura e a etapa do ciclo de vida.

Integre o exame físico nos cuidados de Enfermagem.

Adeque as diferentes técnicas (inspeção, palpação, percussão, auscultação e olfato).

Após o procedimento:

Realize os registos (orientação cefalocaudal)

Formule diagnósticos de Enfermagem, resultados esperados e intervenções.

Encaminhe para outro profissional de saúde, se adequado.

MATERIAL NECESSÁRIO:

Balança	Espátula de madeira
Estetoscópio	Caneta luminosa
Esfigmomanómetro	Luvas (se adequado)
Espéculo(s)	Roupa – lençol ou resguardo (se adequado)
Martelo de percussão	Papel de marquesa (se adequado)
Escalas/instrumentos de avaliação	

REALIZAR EXAME FÍSICO: OBSERVAÇÃO GERAL	
Sequência do procedimento	Fundamentação
1. Identifique a pessoa.	1. Confirma a identidade da pessoa.
2. Explique o procedimento à pessoa, o motivo e a sua relevância e solicite o seu consentimento e colaboração.	2. Informa sobre o procedimento e obtém o consentimento e a colaboração.
3. Realize a higiene das mãos.	3. Previne a contaminação.
4. Prepare o material/equipamento adequado à situação e transporte-o para junto da pessoa.	4. Economiza tempo e facilita o procedimento.
5. Realize a higiene das mãos.	5. Previne a contaminação.

REALIZAR EXAME FÍSICO: OBSERVAÇÃO GERAL	
Sequência do procedimento	Fundamentação
6.Realize o exame físico, atendendo: 1) ao aspeto geral e comportamento da pessoa; 2) aos sinais vitais; 3) à sua altura e peso (Índice de Massa Corporal - IMC).	6.Promove a organização do exame, assegurando que nenhuma área é esquecida.
7.Observe o aspeto geral (idade; género; raça/etnia; estrutura e postura corporal) e o comportamento (julgamentos, orientação, memória, humor, consciência, discurso).	7.Revela pistas relevantes sobre o estado de saúde da pessoa e pode influenciar as características físicas observadas e/ou influenciar o tipo de exame a realizar.
8.Avalie os sinais vitais: dor, temperatura, tensão arterial, pulso e respiração ² .	8.Identifica o estado de saúde usual da pessoa (dados basais) e complicações. Influencia as características físicas observadas e/ou o tipo de exame a realizar.
9.Avalie a altura e o peso: IMC ³ .	9.Revela pistas relevantes sobre o estado de saúde da pessoa e o estado nutricional.

REALIZAR O EXAME FÍSICO: OBSERVAÇÃO ESPECÍFICA (TEGUMENTOS)	
Sequência do procedimento	Fundamentação
1. <u>Avalie a pele</u> : Cor; hidratação; temperatura; textura; turgor cutâneo.	1.Identifica alterações ao nível da pele através da inspeção, palpação e olfato: limpeza; alterações vasculares; edema; lesões, entre outras.
2. <u>Avalie pelos, cabelo e couro cabeludo</u> : Distribuição; textura; espessura e lubrificação.	2.Identifica alterações ao nível dos pelos, cabelo e couro cabeludo através da inspeção, palpação e olfato: limpeza; alopecia; lesões; deformações cranianas e assimetrias; parasitas, entre outras.
3. <u>Avalie as unhas</u> : Cor; textura.	3.Identifica alterações ao nível das unhas através da inspeção, palpação e olfato: limpeza, lesões; anomalias no leito ungueal, entre outras.

² Para mais informações, ver Norma de Procedimento de Enfermagem – Monitorizar Sinais Vitais.

³ Índice de Massa Corporal – Preditor Internacional de obesidade (dividir o peso em quilogramas pela altura, em metros, ao quadrado).

REALIZAR O EXAME FÍSICO: OBSERVAÇÃO ESPECÍFICA (SISTEMA NERVOSO)	
Sequência do procedimento	Fundamentação
1. <u>Avalie o sistema nervoso</u> : 1) estado mental e emocional; 2) nível de consciência ⁴ ; 3) comportamento; 4) linguagem; 5) função intelectual; 6) função sensorial	1.Identifica alterações ao nível do sistema nervoso através da inspeção e palpação: 1) estado mental e emocional (labilidade emocional, humor depressivo); 2) nível de consciência (confusão, sonolência, obnubilação, estupor, coma); 3) comportamento (apatia, agitação, agressividade); 4) (disartria, afasia, gaguez); 5) função intelectual (alterações no intelecto); 6) função sensorial (alterações nos reflexos e sensibilidade – aumentada ou diminuída) entre outras.

REALIZAR O EXAME FÍSICO: OBSERVAÇÃO ESPECÍFICA (CABEÇA E PESCOÇO)	
Sequência do procedimento	Fundamentação
1. <u>Avalie os olhos</u> : 1) posição e alinhamento; 2) sobrancelhas; 3) pálpebras; 4) sistema lacrimal; 5) conjuntivas e escleróticas; 6) pupilas.	1.Identifica alterações ao nível dos olhos através da inspeção e palpação: 1) posicionamento e alinhamento (exoftalmia); 2) sobrancelhas (perda de pelo); 3) pálpebras (inflamação; lesões, edema; ptose); 4) sistema lacrimal (secreções); 5) conjuntivas e escleróticas (alterações na coloração) 6) pupilas (anisocoria; midríase; miose) entre outras.
2. <u>Avalie os ouvidos</u> : 1) orelhas; 2) canal auditivo externo.	2.Identifica alterações ao nível dos ouvidos através da inspeção e palpação: 1) orelhas (alteração na cor, tamanho, configuração e localização, dor); 2) canal auditivo externo (limpeza, lesões, cerume, dor) entre outras.

⁴ Escala de Glasgow (escala cuja pontuação varia entre 3 e 15).

REALIZAR O EXAME FÍSICO: OBSERVAÇÃO ESPECÍFICA (CABEÇA E PESCOÇO)	
Sequência do procedimento	Fundamentação
3. <u>Avalie o nariz:</u> 1) superfície externa; 2) septo exterior; 3) cavidade nasal; 4) seio frontal e maxilar.	3. Identifica alterações ao nível do nariz através da observação e palpação: 1) superfície externa (alterações na simetria, cor, padrão e tamanho); 2) septo exterior (alterações na simetria e desvio); 3) cavidade nasal (edema, lesões, secreções); 4) seio frontal e maxilar (sensibilidade) entre outras.
4. <u>Avalie a boca e a faringe:</u> 1) lábios; 2) gengivas e dentes; 3) mucosa oral; 4) língua; 5) palato mole e duro; 6) faringe.	4. Identifica alterações ao nível do nariz através da inspeção e palpação: 1) lábios (alterações na simetria, cor, edema); 2) gengivas e dentes (limpeza; lesões, inflamações, sangramento; edema); 3) mucosa oral (alterações na cor, lesões); 4) língua (alterações na simetria, cor e movimento); 5) palato mole e duro (alterações na cor, simetria); 6) faringe (secreções, desvios da úvula, lesões, nódulos) entre outras.
5. <u>Avalie o pescoço:</u> 1) músculos; 2) gânglios; 3) traqueia.	5. Identifica alterações ao nível do pescoço através da inspeção e palpação: 1) músculos (contraturas, dor); 2) gânglios (edema, dor); 3) traqueia (desvio) entre outras.

REALIZAR O EXAME FÍSICO: OBSERVAÇÃO ESPECÍFICA (TÓRAX: PULMÕES E CORAÇÃO)	
Sequência do procedimento	Fundamentação
1. <u>Avalie o tórax:</u> anterior, lateral e posterior: 1) configuração e simetria; 2) músculos e estrutura óssea; 3) características da respiração; 4) sons respiratórios.	1. Identifica alterações ao nível do tórax através da inspeção, palpação e auscultação: 1) configuração e simetria (tórax em barril); 2) músculos e estrutura óssea (protuberâncias, massas, alterações na mobilidade, simetria); 3) características da respiração (polipneia, bradipneia, apneia); 4) sons respiratórios (crepitações, roncos, sibilos) entre outras.

REALIZAR O EXAME FÍSICO: OBSERVAÇÃO ESPECÍFICA (TÓRAX: PULMÕES E CORAÇÃO)	
Sequência do procedimento	Fundamentação
2. <u>Avalie o coração</u> : sons cardíacos.	2. Identifica alterações ao nível do coração através da auscultação: alterações nos sons cardíacos (sopros, arritmias) entre outras.

REALIZAR O EXAME FÍSICO: OBSERVAÇÃO ESPECÍFICA (SISTEMA VASCULAR)	
Sequência do procedimento	Fundamentação
1. <u>Avalie o sistema vascular</u> : 1) artérias carótidas; 2) veias jugulares; 3) artérias periféricas (caraterísticas do pulso braquial, pulso radial, pulso femoral, pulso políteo, pulso pedioso); 4) veias periféricas; 5) nível de perfusão dos tecidos.	1. Identifica alterações ao nível do sistema vascular através da inspeção, palpação e auscultação das: 1) artérias carótidas (presença de frémitos); 2) veias jugulares (ingurgitamento); 3) artérias periféricas (alterações na elasticidade, resistência e simetria; bradicardia, taquicardia, pulso arritmico e/ou filiforme); 4) veias periféricas (varicosidades, edemas, flebites); 5) alterações ao nível da perfusão dos tecidos (cianose, rubor, extremidades frias e/ou quentes; edema e alterações cutâneas) entre outras.

REALIZAR O EXAME FÍSICO: OBSERVAÇÃO ESPECÍFICA (MAMA)	
Sequência do procedimento	Fundamentação
1. <u>Avalie a mama</u> : 1) quadrantes (superior e inferior direito e superior e inferior esquerdo); 2) mamilos; 3) axilas.	1. Identifica alterações ao nível da mama através da inspeção e palpação: 1) quadrantes (massas: localização, tamanho, forma, dor); 2) mamilos (corrimento, hemorragia, retração); 3) axilas (gânglios aumentados, inflamação) entre outras.

REALIZAR O EXAME FÍSICO: OBSERVAÇÃO ESPECÍFICA (ABDÓMEN)	
Sequência do procedimento	Fundamentação
1. <u>Avalie o abdómen</u> : 1) regiões (hipocôndrio direito; epigastro; hipocôndrio esquerdo; flanco direito; mesogastro; flanco esquerdo; fossa ilíaca	1. Identifica alterações ao nível do abdómen através da inspeção, auscultação, palpação e percussão: 1) regiões (alterações dos contornos,

direita; hipogastro; fossa ilíaca esquerda); 2) sons intestinais; 3) sensibilidade.	simetria, mobilidade, massas, protuberâncias ou distensão); 2) sons intestinais (alteração nos ruídos intestinais; 3) (alterações na sensibilidade, dor) entre outras.
---	--

REALIZAR O EXAME FÍSICO: OBSERVAÇÃO ESPECÍFICA (SISTEMA REPRODUTOR E EXCRETOR)	
Sequência do procedimento	Fundamentação
1. <u>Avalie os órgãos genitais femininos:</u> 1) pilosidade; 2) grandes lábios, pequenos lábios, meato urinário; 3) vagina; 4) características da urina.	1. Identifica alterações ao nível dos órgãos genitais femininos através da inspeção e palpação: 1) pilosidade (alterações na quantidade e distribuição do crescimento piloso; parasitas); 2) grandes e pequenos lábios (lesões, edemas, inflamação); 3) vagina (secreções, pólipos, fístulas, lesões); 4) características da urina (poliúria; anúria; piúria) entre outras.
2. <u>Avalie os órgãos genitais masculinos:</u> 1) pilosidade; 2) pénis (glândula e meato urinário); 3) escroto; 4) características da urina.	2. Identifica alterações ao nível dos órgãos genitais masculinos através da inspeção e palpação: 1) pilosidade (alterações na quantidade e distribuição do crescimento piloso; parasitas); 2) pénis (lesões, edemas, inflamação); 3) escroto (lesões, edemas); 4) características da urina (poliúria; anúria; piúria) entre outras.
3. <u>Avalie o reto e o ânus:</u> características das fezes	3. Identifica alterações ao nível do reto e do ânus através da inspeção e palpação: hemorroidas, úlceras, inflamação, erupção ou escoriação; melenas, entre outras.

REALIZAR O EXAME FÍSICO: OBSERVAÇÃO ESPECÍFICA (SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO)	
Sequência do procedimento	Fundamentação
1. <u>Avalie o sistema músculo-esquelético</u> : 1) marcha e postura; 2) mobilização articular; 3) tônus muscular; 4) força muscular ⁵ .	1. Identifica alterações ao nível do sistema músculo-esquelético através da inspeção, e palpação: 1) marcha e postura (desequilíbrio da marcha; cifose, lordose, escoliose); 2) mobilização articular (rigidez, edema, instabilidade); 3) tônus muscular (hipertonia, hipotonia); força muscular (alterações na funcionalidade do músculo) entre outras.

REFERÊNCIAS:

- Caple, C. (1 de julho de 2016). *Physical Assessment in older adults: Performing*. Obtido em 20 de dezembro de 2016, de Nursing Reference Center: web.a.ebscohost.com
- Caple, C., & Schub, T. (29 de abril de 2016). *Physical Assessment: Performing - Cultural Considerations*. Obtido de Nursing Reference Center: web.a.ebscohost.com
- Caple, C., & Smith, N. (10 de junho de 2016). *Physical assessment: Head-to-Toe - Performing*. Obtido em 20 de dezembro de 2016, de Nursing Reference Center: web.a.ebscohost.com

⁵ Escala de força muscular – Council (escala estruturada em 5 itens, de 0 a 5).

Norma de Procedimento de Enfermagem

Norma 03. MONITORIZAR SINAIS VITAIS

Andreia Ferreri Cerqueira & Ana Lúcia Ramos

DEFINIÇÃO:

Procedimento de enfermagem de caráter autónomo e interdependente que consiste na determinação dos valores e significado de parâmetros cardíacos, circulatórios, respiratórios, temperatura corporal e dor na pessoa.

OBJETIVOS:

Identificar dados que permitam determinar o estado de saúde usual da pessoa (dados basais).

Identificar precocemente complicações, essencialmente cardiorrespiratórias.

Monitorizar a evolução dos parâmetros vitais em situações específicas (resposta ao stress físico e psicológico e às intervenções instituídas).

ORIENTAÇÕES PARA A EXECUÇÃO:

Antes do procedimento:

Programe a frequência da avaliação dos sinais vitais (temperatura corporal, pulso, respiração, tensão arterial e dor) de acordo com a situação da pessoa e a prescrição médica.

Pesquise a existência de antecedentes de problemas respiratórios ou cardíacos e os respetivos valores de referência, ajuizando sobre a normalidade ou alteração dos parâmetros avaliados.

Aguarde cerca de cinco a dez minutos para avaliar a respiração, a tensão arterial e o pulso, caso a pessoa acabe de realizar alguma forma de exercício físico ou se apresentar sinais de ansiedade ou stresse.

Durante o procedimento:

Proceda à avaliação da respiração em seguimento da avaliação do pulso (este procedimento evita que a pessoa altere o seu padrão respiratório ao saber que o mesmo está a ser avaliado).

Providencie silêncio para avaliar o pulso apical e a tensão arterial.

Após o procedimento:

Pode decidir, depois de avaliar a temperatura, fazer arrefecimento natural da pessoa, retirando a roupa da cama e/ou o pijama ou arrefecimento do meio ambiente (está contraindicado a aplicação de gelo ou banho de água fria, por forma a evitar um choque térmico).

Após a avaliação da respiração pode ser realizado ensino à pessoa sobre a técnica de respiração diafragmática.

Ensine a pessoa/família a avaliar os sinais vitais, quando adequado, a finalidade das intervenções que são necessárias e a importância de identificar e/ou evitar condições ou ações que podem afetar a avaliação.

Considere que a pessoa apresenta hipotensão ortostática, se experienciar tonturas, aumento da frequência cardíaca de 20 a 30 bpm; diminuição da tensão arterial sistólica de pelo menos 20 mmHg e diastólica de pelo menos 10 mmHg, aquando da mudança da posição supina para a posição ortostática.

No caso de a pessoa apresentar alterações significativas dos sinais vitais, como apneia, proceder de acordo com as guidelines internacionais do Conselho Europeu de Ressuscitação e as orientações nacionais do Conselho Português de Ressuscitação (para mais informações consultar o Manual de Suporte Básico de Vida e Desfibrilhação automática externa 2012 da *Critical ESS|IPS*).

NOTAS:

A folha de registo sistemático de sinais vitais deve incluir um espaço próprio para o registo da intensidade da dor - veja exemplo seguinte – por vezes é realizado com cores diferentes (seguir protocolo da instituição) com vista à obtenção de diferentes gráficos (esta folha de registo ou outra semelhante só é utilizada no caso dos registos não serem informatizados).

Para a determinação de sinais de risco sugerem-se os seguintes parâmetros de referência, a confrontar com os aspetos individuais da pessoa.

1 – Valores de referência em relação às variações da Temperatura Corporal, Respiração, Pulso e Tensão Arterial na pessoa adulta e na pessoa idosa

Idade	Temp. Média Axilar (°C)	Frequência Resp. (cpm)	Pulsações (bpm)		Tensão Arterial (mmHg)	
			Média	Oscilação	Sist.	Diast.
Adulto	35,5 - 37 ⁶	16	H – 70 M - 75	50 – 90 55 - 95	110 - 140	60 - 80
Idoso	35 – 36,1	16	H – 70 M - 75	50 – 90 55 - 95	110 - 140	60 - 80

FONTE: Engelke (2014).

2 – Valores de referência para o diagnóstico, tratamento e controlo da Hipertensão Arterial

CATEGORIAS	TA Sistólica (mmHg)	TA Diastólica (mmHg)
Ótima	<120	e <80
Normal	120-129	80-84
Normal-alto	130 – 139	ou 85 - 89
CATEGORIAS	TA Sistólica (mmHg)	TA Diastólica (mmHg)
Hipertensão Grau 1	140 – 159	ou 90 - 99
Hipertensão Grau 2	160-179	ou 100-109
Hipertensão Grau 3	>= 180	>=110

FONTE: Direção Geral de Saúde (2013).

⁶ 36-37,6 (oral); 35,6-37,4 (timpânica); 34,4-37,8 (retal).

MATERIAL NECESSÁRIO:

Temperatura Corporal:

Tabuleiro com termómetro digital ou timpânico e cones de proteção

Pulso:

Tabuleiro com estetoscópio, taça com compressas, álcool etílico a 70°, relógio com ponteiros de segundos ou relógio digital.

Tensão arterial:

Tabuleiro com esfigmomanómetro aneroide, taça com compressas, álcool etílico a 70° ou aparelho eletrónico de avaliação da TA com braçadeira de tamanho adequado.

Respiração:

Relógio com ponteiros de segundos ou relógio digital

Dor:

Régua/ escala de avaliação da dor.

MONITORIZAR SINAIS VITAIS: AVALIAR A TEMPERATURA CORPORAL ⁷ (AXILAR) ⁸	
Sequência do procedimento	Fundamentação
1.Realize a higiene das mãos.	1.Preve a contaminação.
2.Reúna o material e transporte-o para junto da pessoa.	2.Economiza tempo e facilita o procedimento.
3.Realize a higiene das mãos.	3.Preve a contaminação.
4.Identifique a pessoa.	4.Preve erros de identificação
5.Explique o procedimento à pessoa.	5.Informa e minimiza a ansiedade; obtém consentimento e a colaboração da pessoa para a realização do procedimento.

⁷ A temperatura corporal pode ser definida como a diferença entre a quantidade de calor produzida pelo organismo e a quantidade de calor perdida para o meio ambiente. É regulada pelo hipotálamo e depende de inúmeros fatores como a temperatura ambiente, o género, a idade, o meio utilizado para a sua avaliação, entre outros. A sua alteração pode indiciar uma série de doenças infecciosas e não infecciosas, como uma lesão cerebral.

⁸ Embora seja a via mais comumente utilizada, não é a mais precisa, uma vez que se encontra relativamente afastada do hipotálamo. Em caso de alteração deve ser confirmada por outra via.

MONITORIZAR SINAIS VITAIS: AVALIAR A TEMPERATURA CORPORAL⁷ (AXILAR)⁸	
Sequência do procedimento	Fundamentação
6.Coloque o bulbo do termómetro em contacto com a pele, posicionando-o perpendicularmente à axila.	6.Permite a determinação da temperatura.
7.Imobilize e/ou instrua a pessoa sobre a necessidade de imobilização do membro superior, de 30 segundos a três/ cinco minutos (dependendo do tipo de termómetro).	7.Idem.
8.Retire o termómetro e realize a leitura.	8.Permite ajuizar se a pessoa se encontra em hipotermia, apirética ou febril ⁹ .
9.Comunique o valor à pessoa.	9.Informa a pessoa da sua situação.
10.Reúna e acondicione adequadamente o material utilizado.	10.Mantém o material arrumado.
11.Realize a higiene das mãos.	11.Preve a contaminação.
12.Avalie a necessidade de administrar terapêutica antipirética e realizar arrefecimento corporal.	12.Permite a continuidade dos cuidados (intervenção adequada ao diagnóstico formulado).
13.Registe e documente os resultados (data e hora da temperatura; descrição do procedimento; intervenções realizadas, nomeadamente a notificação do médico; educação à pessoa e família).	13.Confirma o procedimento e identifica quem executou, na esfera da responsabilidade profissional. Assegura a continuidade dos cuidados.

MONITORIZAR SINAIS VITAIS: AVALIAR A TEMPERATURA CORPORAL (VIA TRANSTIMPÂNICA)	
Sequência do procedimento	Fundamentação
1.Realize a higiene das mãos.	1.Preve a contaminação.
2.Reúna o material e transporte-o para junto da pessoa.	2.Economiza tempo e facilita o procedimento.

⁹Hipotermia (temperatura <dos valores normais); apirética (temperatura nos valores normais); febril (temperatura > dos valores normais). É regulada pelo hipotálamo e depende de inúmeros fatores como a temperatura ambiente, o género, a idade, o meio utilizado para a sua avaliação, entre outros. A sua alteração pode indiciar uma série de doenças infecciosas e não infecciosas, como uma lesão cerebral.

MONITORIZAR SINAIS VITAIS: AVALIAR A TEMPERATURA CORPORAL (VIA TRANSTIMPÂNICA)	
Sequência do procedimento	Fundamentação
3.Realize a higiene das mãos.	3.Previne a contaminação.
4.Identifique a pessoa.	4.Previne erros.
5.Explique o procedimento à pessoa/cliente.	5.Informa e minimiza a ansiedade; obtém consentimento e a colaboração da pessoa para a realização do procedimento.
6.Retire o termómetro timpânico da base do suporte.	6.Permite levar o termómetro até junto da pessoa.
7.Coloque o “cone de proteção”, de uso único, na parte terminal do termómetro.	7.Previne a contaminação.
8.Solicite e/ou assista a pessoa a colocar a cabeça virada para o lado contrário ao seu.	8.Facilita o procedimento.
9.Puxe ligeiramente o pavilhão auricular da pessoa para trás e para cima e insira a parte terminal do termómetro no canal auditivo externo.	9.Desfaz a curvatura natural do canal auditivo externo e permite melhor acesso e adaptação do termómetro.
10.Mantenha o termómetro em contacto com o canal auditivo até obter o valor da temperatura (cerca de 3 segundos). O sensor deve ser direccionado diretamente para a membrana timpânica.	10.Permite a determinação do valor da temperatura timpânica.
11.Retire o termómetro e realize a leitura.	11.Permite ajuizar se a pessoa se encontra em hipotermia, apirética ou febril.
12.Comunique o valor à pessoa.	12.Informa a pessoa da sua situação.
13.Elimine o “cone de proteção” utilizado, premindo o botão de expulsão.	13.Previne a contaminação.
14.Coloque de novo o termómetro na base do suporte.	14.Permite que o termómetro se mantenha carga elétrica e se encontre operacional para nova avaliação.
15.Reúna e acondicione adequadamente o material utilizado.	15.Mantém o material arrumado.

MONITORIZAR SINAIS VITAIS: AVALIAR A TEMPERATURA CORPORAL (VIA TRANSTIMPÂNICA)	
Sequência do procedimento	Fundamentação
16. Realize a higiene das mãos.	16. Previne a contaminação.
17. Avalie a necessidade de administrar terapêutica antipirética e realizar arrefecimento/ aquecimento corporal.	17. Permite a continuidade dos cuidados (intervenção adequada ao diagnóstico formulado).
18. Registe e documente os resultados (data e hora da temperatura; descrição do procedimento; intervenções realizadas, nomeadamente a notificação do médico; educação à pessoa e família).	18. Confirma o procedimento, identifica quem o executou. Assegura a continuidade dos cuidados.

MONITORIZAR SINAIS VITAIS: AVALIAR O PULSO PERIFÉRICO¹⁰ (PULSO TEMPORAL, CAROTÍDEO, BRAQUIAL, RADIAL, FEMORAL, POPLITEO E PEDIOSO)	
Sequência do procedimento	Fundamentação
1. Realize a higiene das mãos.	1. Previne a contaminação.
2. Identifique a pessoa.	2. Previne erros.
3. Explique o procedimento à pessoa.	3. Informa e minimiza a ansiedade; obtém o consentimento e a colaboração da pessoa para a realização do procedimento.
4. Posicione a pessoa – pulso radial: se a pessoa está em decúbito dorsal, coloque o antebraço sobre o tórax, com o punho em extensão e a palma da mão voltada para baixo; se a pessoa se encontra sentada, solicite a flexão do cotovelo a 90° com o braço apoiado, punho em extensão com a palma da mão voltada para baixo; para avaliação de outros pulsos, proceda igualmente de forma a	4. Permite colocar a pessoa confortavelmente (um posicionamento desconfortável da pessoa pode influenciar a frequência cardíaca).

¹⁰ Avaliação da frequência cardíaca através da palpação de uma artéria. Se os batimentos forem irregulares pode ser necessária, dependendo da situação clínica da pessoa, a confirmação do pulso apical.

MONITORIZAR SINAIS VITAIS: AVALIAR O PULSO PERIFÉRICO¹⁰ (PULSO TEMPORAL, CAROTÍDEO, BRAQUIAL, RADIAL, FEMORAL, POPLITEO E PEDIOSO)	
Sequência do procedimento	Fundamentação
facilitar o acesso à região do pulso a palpar sem comprometer o conforto da pessoa.	
5. <u>Se pretende avaliar também a respiração</u> , eleve a cabeceira da cama, caso não exista nenhuma contraindicação.	5. Permite a avaliação da respiração da pessoa na sequência da avaliação do pulso.
6. Coloque os 2º, 3º e 4ºs dedos ao longo da artéria radial e pressione levemente a artéria contra o rádio.	6. Permite sentir a pulsação (a pulsação é sentida sobre uma proeminência óssea e é devida ao impulso sistólico do ventrículo esquerdo).
7. Evite fazer pressão com o polegar no lado oposto ao pulso da pessoa enquanto palpa a artéria.	7. Permite evitar que confunda o pulso da pessoa com o seu próprio pulso.
8. Oblitere a pulsação aliviando depois gradualmente a pressão até que o pulso seja novamente palpável.	8. Possibilita que se palpe adequadamente a pulsação (uma pressão moderada é a melhor; uma pressão muito forte provoca oclusão do pulso; uma pressão muito leve impede de sentir o pulso).
9. Enquanto se observa o relógio com ponteiro de segundos, comece a contar a frequência com “zero”, depois “um”, “dois”, etc.	9. Permite obter corretamente o valor da frequência cardíaca – o zero inicia o intervalo de tempo e o pulso que se sente a seguir será o “um” da frequência.
10. Identifique as características do pulso, em relação ao ritmo, à frequência e ao volume.	10. Permite ajuizar sobre o status cardio-circulatório da pessoa: relativamente ao ritmo, o pulso pode ser rítmico ou arrítmico; relativamente à frequência (bradicárdico, normocárdico ou taquicárdico); relativamente ao volume (filiforme, cheio ¹¹).
11. <u>Se o pulso for rítmico</u> , contar o número de pulsações correspondente a 30 segundos e multiplicar por 2.	11. Possibilita que se obtenha o valor da frequência do pulso em menos tempo – é o

¹¹ Bradicárdico (frequência abaixo dos parâmetros normais); normocárdico (frequência entre os parâmetros normais); taquicárdico (frequência acima dos parâmetros normais); filiforme (pulso fraco, difícil de palpar); cheio (pulso forte, fácil de palpar).

MONITORIZAR SINAIS VITAIS: AVALIAR O PULSO PERIFÉRICO¹⁰ (PULSO TEMPORAL, CAROTÍDEO, BRAQUIAL, RADIAL, FEMORAL, POPLITEO E PEDIOSO)	
Sequência do procedimento	Fundamentação
	suficiente para um resultado rigoroso se a frequência for regular.
12. <u>Se o pulso for arritmico</u> , conte a frequência durante um minuto completo (pode ser necessário, dependendo da situação clínica, confirmar pulso apical).	12. Permite que se obtenha o valor correto da frequência do pulso – corresponde ao tempo mínimo necessário para determinar com rigor a frequência do pulso.
13. <u>Se o pulso for arritmico</u> , utilize o estetoscópio para auscultar o pulso apical.	13. Permite a confirmação da avaliação do pulso periférico.
14. Comunique o valor à pessoa.	14. Informa a pessoa da sua situação.
15. Avalie a necessidade de outra intervenção de enfermagem.	15. Permite a continuidade dos cuidados (intervenção adequada ao diagnóstico formulado).
16. Registe e documente os resultados (data e hora; descrição do procedimento; características do pulso; intervenções realizadas, nomeadamente a notificação do médico; educação à pessoa e família).	16. Confirma o procedimento e identifica quem executou na esfera da responsabilidade profissional. Assegura a continuidade de cuidados.

MONITORIZAR SINAIS VITAIS: AVALIAR O PULSO CENTRAL¹² (PULSO APICAL)	
Sequência do procedimento	Fundamentação
1. Realize a higiene das mãos.	1. Previne a contaminação.
2. Identifique a pessoa.	2. Previne erros.
3. Explique o procedimento à pessoa.	3. Informa e minimiza a ansiedade; obtém o consentimento e a colaboração da pessoa para a realização do procedimento.

¹² Avaliação do ritmo cardíaco através de auscultação dos sons produzidos pelas válvulas cardíacas na sístole e na diástole. Esta avaliação é particularmente pertinente quando os pulsos periféricos não são palpáveis ou quando são arritmicos.

MONITORIZAR SINAIS VITAIS: AVALIAR O PULSO CENTRAL¹² (PULSO APICAL)	
Sequência do procedimento	Fundamentação
4.Desinfete as olivas e o diafragma do estetoscópio.	4.Preve a contaminação.
5.Exponha a área mamilar do lado anterior esquerdo do tórax, levando a roupa até aos ombros e baixando o lençol.	5.Permite aceder à zona apical mantendo a privacidade e evitando que a pessoa arrefeça.
6.Aqueça o diafragma do estetoscópio na palma da mão.	6.Evita um desconforto inesperado que pode aumentar a frequência do pulso.
7.Introduza as olivas nos ouvidos, com a curvatura dirigida para a frente.	7.Permite a adaptação das olivas ao canal auditivo externo e uma melhor captação do som pelo tímpano.
8.Coloque o diafragma sobre a zona apical do coração – quarto ou quinto espaço intercostal à esquerda da linha clavicular.	8.Permite a obtenção de uma melhor auscultação do pulso apical – o pulso apical ouve-se melhor nesta zona porque é aí que o coração está mais próximo da parede torácica.
9.Escute o som “lub-dub”, conte a frequência e preste atenção ao ritmo.	9.Permite obter corretamente o valor da frequência cardíaca – há um primeiro som “lub” e um segundo som “dub” em cada batimento cardíaco.
10.Desinfete o diafragma e as olivas auriculares com uma compressa embebida em álcool a 70°.	10.Preve a contaminação.
11.Comunique o valor à pessoa.	11.Informa a pessoa da sua situação.
12.Avalie a necessidade de outra intervenção de enfermagem.	12.Permite a continuidade dos cuidados (intervenção adequada ao diagnóstico formulado).
13.Registe e documente os resultados (data e hora; descrição do procedimento; intervenções realizadas, nomeadamente a notificação do médico; educação à pessoa e família).	13.Confirma o procedimento e identifica quem executou na esfera da responsabilidade profissional. Assegura a continuidade de cuidados.

MONITORIZAR SINAIS VITAIS: AVALIAR A RESPIRAÇÃO ¹³	
Sequência do procedimento	Fundamentação
1. Depois de avaliar o pulso, continue a segurar com uma mão no relógio e com a outra a exercer pressão sobre a artéria.	1. Evita que a pessoa controle conscientemente a respiração.
2. Observe a expansão e a retração do tórax de forma a identificar as características da respiração quanto à frequência respiratória, à profundidade, à regularidade e simetria.	2. Permite ajuizar sobre o tipo de respiração (eupneica ou dispneica): relativamente à frequência (apneia, bradipneia e taquipneia); à localização (torácica, abdominal ou mista); à profundidade (superficial e profunda); à regularidade (regular ou irregular); à simetria (simétrica ou assimétrica ¹⁴).
3. Conte o número de ciclos respiratórios começando a contar por “zero” depois, “um”, “dois”, etc.	3. Permite uma contagem correta dos números de ciclos respiratórios.
4. <u>Se a respiração for regular</u> , pode contar o número de ciclos respiratórios correspondentes a 30 segundos e multiplicar por 2.	4. Permite a obtenção de um resultado rigoroso do número de ciclos respiratórios.
5. <u>Caso a respiração seja irregular</u> , realize a contagem dos ciclos respiratórios durante um minuto.	5. Idem.
6. Realize a higiene das mãos.	6. Previne a contaminação.
7. Comunique o valor à pessoa.	7. Informa a pessoa da sua situação.
8. Avalie a necessidade de outra intervenção de enfermagem.	8. Permite a continuidade dos cuidados (intervenção adequada ao diagnóstico formulado).
9. Registe e documente os resultados (data e hora; descrição do procedimento; características da respiração; intervenções realizadas, nomeadamente a notificação do médico; educação à pessoa e família).	9. Confirma o procedimento e identifica quem executou na esfera da responsabilidade profissional. Assegura a continuidade de cuidados.



¹³ A avaliação da respiração faculta dados sobre a eficácia do ciclo respiratório, através do qual o oxigénio é levado aos tecidos do corpo, através dos pulmões e o dióxido de carbono removido. Mudanças no padrão respiratório podem indicar processos de doença infecciosos e não infecciosos subjacentes.

¹⁴ Eupneica (sem dificuldade respiratória); dispneica (com dificuldade respiratória); apneia (sem ciclos respiratórios); bradipneia (ciclos respiratórios abaixo dos valores normais); taquipneia (ciclos respiratórios acima dos valores normais).

MONITORIZAR SINAIS VITAIS: AVALIAR A TENSÃO ARTERIAL¹⁵ (ESFIGMOMANÓMETRO ANERÓIDE)	
Sequência do procedimento	Fundamentação
1.Realize a higiene das mãos.	1.Previne a contaminação.
2.Reúna o material e transporte-o para junto da pessoa.	2.Economiza tempo e facilita o procedimento.
3.Realize a higiene das mãos.	3.Previne a contaminação.
4.Identifique a pessoa.	4.Previne erros.
5.Explice o procedimento à pessoa.	5.Informa e minimiza a ansiedade; obtém consentimento e a colaboração da pessoa para a realização do procedimento.
6.Puxe a cortina e/ ou encoste a porta da sala/ quarto onde se encontra.	6. Respeite a privacidade da pessoa.
7.Selecione o membro superior direito, caso não exista nenhuma contraindicação ¹⁶ .	7.Permite obter um valor de tensão arterial correspondente à tensão arterial mais fiável, dado que este membro se encontra mais afastado do coração.
8.Assista a pessoa a retirar mangas de camisolas, desapertar botões de mangas de camisa.	8.Facilita a aplicação da braçadeira.
9.Posicione o braço da pessoa ao nível do coração e com a palma da mão voltada para cima.	9.Evita falsos valores da pressão arterial (se o braço ficar a um nível superior os valores tensionais aparecem falsamente baixos e vice-versa).
10.Selecione a braçadeira adequada ao diâmetro do membro da pessoa e retire todo o ar da braçadeira.	10.Permite ocluir a artéria braquial, evitando falsos valores da pressão arterial (existem braçadeiras para crianças recém-nascidas, lactentes, em idade pré-escolar, escolar, lactentes, adultos e para pessoas obesas).

¹⁵ A tensão arterial é a pressão exercida pelo sangue nas artérias, responsável pelo fornecimento do oxigénio e nutrientes aos diferentes órgãos. A pressão é mais elevada aquando da contração cardíaca (sistólica) e mais baixa aquando do relaxamento cardíaco (diastólica). As alterações na tensão arterial podem ser agudas, como resposta a um agente desencadeador como a dor ou a ansiedade ou crónica, como é a hipertensão arterial.

¹⁶ Exemplos: mastectomia; flebite; edema, plegia, entre outras.

<p>11.Desinfete a olivas e o diafragma do estetoscópio.</p>	<p>11.Previne a contaminação.</p>
<p>12.Palpe a artéria braquial e aplique a parte central da braçadeira sobre a artéria braquial na parte média da fossa antecubital - face interna do cotovelo - e enrole-a uniformemente no braço e de modo a que bordo inferior fique 2,5 a 5 cm acima do local onde a pulsação da artéria braquial é mais perceptível, evitando o contacto da braçadeira com a roupa.</p>  <p>Fig.1: Distância entre a braçadeira e a fossa antecubital</p>	<p>12.Possibilita a realização correta do procedimento (quando a braçadeira é colocada de forma irregular ou demasiado solta, obtêm-se valores falsamente elevados devido à excessiva pressão que é necessário aplicar para ocluir a artéria braquial; o bordo da braçadeira não deverá cobrir o estetoscópio e o contacto accidental com a roupa ou tubos provoca ruídos estranhos que confundem).</p>
<p>13.<u>Se não possui uma braçadeira para pessoas obesas</u>, coloque a braçadeira no antebraço.</p>  <p>Fig.2: Colocação da braçadeira quando não existe braçadeira para pessoas obesas.</p>	<p>13.Permite avaliar corretamente a tensão arterial.</p>
<p>14.Insufle a braçadeira até 20 a 30 mm Hg acima do ponto em que se deixa de sentir o pulso radial.</p>	<p>14.Possibilita a auscultação dos sons cardíacos (calcula-se que o valor da tensão sistólica é encontrado no ponto em que a pulsação radial deixou de ser sentida). Se a braçadeira não for insuflada o suficiente, poder-se-á não ter a noção</p>

	exata desse valor, sobretudo nas pessoas que têm uma pausa auscultatória. Em contrapartida, se a braçadeira for insuflada em demasia provoca dor desnecessária.
15. Introduza as olivas do estetoscópio nos ouvidos, com a curvatura dirigida para a frente e coloque o diafragma do estetoscópio sobre a artéria braquial, fixando-o nesse local com uma das mãos e com a outra segure no manómetro; Escute atentamente enquanto desaperta ligeiramente a válvula da pera de insuflação, desinsuflando a braçadeira à razão de 2 mm Hg por cada batimento.	15. Permite a identificação dos sons de Korotkoff (sons produzidos pela pressão do sangue na artéria).
16. Memorize o número que observou no manómetro correspondente ao primeiro som (<i>fase I Korotkoff</i>).	16. Permite a identificação dos sons de Korotkoff (a desinsuflação com demasiada lentidão provoca congestão venosa o que eleva, falsamente a tensão diastólica e a desinsuflação demasiado rápida pode levar à imprecisão desse valor; o desinsuflar correto da braçadeira é especialmente importante quando o pulso é irregular como no caso de fibrilhação auricular).
17. Continue a desinsuflar lentamente a pressão da braçadeira e memorize o número que observa no manómetro quando surge um “amortecimento” do som (<i>fase IV Korotkoff</i>).	17. Corresponde ao momento em que o sangue recomeça a fluir ao longo da artéria braquial (trata-se do valor de tensão sistólica).
18. Repare no final do desaparecimento do som (<i>fase V Korotkoff</i>) e desinsufle completamente a braçadeira até ao zero.	18. Permite obter o valor da tensão diastólica no adulto.
19. <u>Se ficou com dúvidas</u> , repita a avaliação 30 a 60 segundos após a primeira avaliação.	19. Permite o restabelecimento da circulação sanguínea no membro.
20. <u>Se não avaliar a pressão arterial devido aos sons serem demasiado fracos</u> , eleve o membro superior da pessoa e insufle, então a braçadeira; depois baixe o braço, desinsufle a braçadeira e escute.	20. A pressão venosa diminui o que torna os sons audíveis.

21. <u>Se ainda assim, não conseguir ouvir</u> , determine a tensão sistólica por palpação sentindo o reaparecimento do pulso radial - método palpatório.	21. Permite a obtenção dos valores tensionais quando a sua auscultação é difícil - a tensão arterial através de palpação é alguns milímetros mais baixa do que pelo método auscultatório mas, mesmo assim, será significativa desde que se façam medições subsequentes, do mesmo modo.
22. Assista a pessoa a vestir camisolas e/ou mangas de camisa.	22. Promove a independência no autocuidado.
23. Comunique o valor à pessoa.	23. Permite que a pessoa tenha conhecimento da sua situação.
24. Reúna e acondicione adequadamente o material utilizado.	24. Mantém o material arrumado.
25. Desinfete as olivas e o diafragma do estetoscópio.	25. Previne a contaminação.
26. Realize a higiene das mãos.	26. Idem.
27. Avalie a necessidade de outra intervenção de enfermagem.	27. Permite a continuidade dos cuidados (intervenção adequada ao diagnóstico formulado).
28. Registe e documente os resultados (data e hora; descrição do procedimento; intervenções realizadas, nomeadamente a notificação do médico; educação à pessoa e família).	28. Confirma o procedimento e identifica quem executou na esfera da responsabilidade profissional. Assegura a continuidade de cuidados.

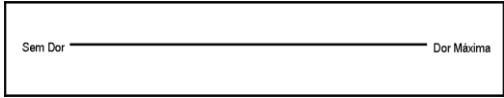
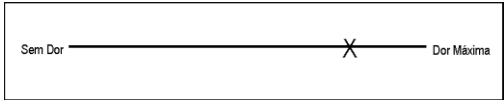
MONITORIZAR SINAIS VITAIS: AVALIAR A TENSÃO ARTERIAL (ESFIGMOMANÓMETRO AUTOMÁTICO)	
Sequência do procedimento	Fundamentação
1. Realize a higiene das mãos.	1. Previne a contaminação.
2. Reúna o material e transporte-o para junto da pessoa.	2. Economiza tempo e facilita o procedimento.
3. Identifique a pessoa.	3. Previne erros.

MONITORIZAR SINAIS VITAIS: AVALIAR A TENSÃO ARTERIAL (ESFIGMOMANÓMETRO AUTOMÁTICO)	
Sequência do procedimento	Fundamentação
4.Explique o procedimento à pessoa.	4.Informa e minimiza a ansiedade; obtém consentimento e a colaboração da pessoa para a realização do procedimento.
5.Puxe as cortinas e/ou encoste a porta da sala/quarto onde se encontra.	5. Respeita a privacidade da pessoa.
6.Selecione o membro superior direito, caso não exista nenhuma contraindicação.	6.Permite obter um valor de tensão arterial correspondente à tensão arterial mais fiável, dado que este membro se encontra mais afastado do coração.
7.Assista a pessoa a retirar mangas de camisolas, desapertar botões de mangas de camisa.	7.Facilita a aplicação da braçadeira.
8.Posicione o braço da pessoa, ao nível do coração e com a palma da mão voltada para cima.	8.Evita falsos valores da pressão arterial - se o braço ficar a um nível superior os valores tensionais aparecem falsamente baixos e vice-versa.
9.Selecione a braçadeira adequada ao diâmetro do membro da pessoa e retire todo o ar da braçadeira.	9.Permite ocluir a artéria braquial, evitando falsos valores da pressão arterial - existem braçadeiras para crianças recém-nascidas, lactentes, em idade pré-escolar, escolar, lactentes, adultos e para pessoas obesas.
10.Ligue o aparelho de avaliação de tensão arterial e aguarde até concluir a leitura.	10.Permite dar início à avaliação da tensão arterial.
11.Proceda à leitura do valor de tensão arterial sistólica e de tensão arterial diastólica.	11.Permite ajuizar se a pessoa se encontra hipotensa, normotensa ou hipertensa.
12. <u>Se o aparelho de avaliação da tensão arterial fornecer também dados sobre a frequência do pulso</u> , complemente essa informação com a avaliação manual.	12.Possibilita a obtenção de informação sobre o ritmo do pulso.

MONITORIZAR SINAIS VITAIS: AVALIAR A TENSÃO ARTERIAL (ESFIGMOMANÓMETRO AUTOMÁTICO)	
Sequência do procedimento	Fundamentação
13. <u>Se o aparelho não conseguir efetuar a leitura da tensão arterial</u> , realize o procedimento com esfigmomanómetro aneróide.	13. Permite avaliar a TA quando a pessoa apresenta pulso arritmico (alguns esfigmomanómetros automáticos não permitem avaliar a tensão arterial em pessoas com este problema).
14. Assista a pessoa a vestir camisolas e/ou mangas de camisa.	14. Promove a independência no autocuidado.
15. Comunique o valor à pessoa.	15. Informa a pessoa da sua situação.
16. Ligue o aparelho ao cabo de alimentação.	16. Assegura que o aparelho se mantém operacional sempre que necessário.
17. Realize a higiene das mãos.	17. Previne a contaminação.
18. Avalie a necessidade de outra intervenção de enfermagem.	18. Permite a continuidade dos cuidados (intervenção adequada ao diagnóstico formulado).
19. Registe e documente os resultados (data e hora; descrição do procedimento; intervenções realizadas, nomeadamente a notificação do médico; educação à pessoa e família).	19. Confirma o procedimento e identifica quem executou na esfera da responsabilidade profissional. Assegura a continuidade de cuidados.

MONITORIZAR SINAIS VITAIS: AVALIAR A DOR¹⁷	
Sequência do procedimento	Fundamentação
1. Realize a higiene das mãos.	1. Previne a contaminação.
2. Identifique a pessoa.	2. Previne erros.
3. Questione a pessoa sobre a existência de dor.	3. Permite identificar a existência de dor.
4. <u>Se a pessoa afirmar dor</u> , questione-a sobre as características da dor: tipo de dor, localização,	4. Economiza tempo e facilita o procedimento, permite uma avaliação correta da dor.

¹⁷ Considerada como uma experiência pessoal, subjetiva e desagradável.

frequência, duração, fatores atenuantes e exacerbantes.	
5. Para avaliar a intensidade da dor, providencie a escala que mais se adequa à pessoa.	5. Permite maior objetivação na avaliação da intensidade da dor.
<p>6. Explique o procedimento à pessoa e solicite a sua colaboração de acordo com cada tipo de escala (para mais informações consultar Norma DGS e Guia de Dor da OE).</p> <p><u>Escala Visual Analógica</u> – consiste numa régua com uma linha vertical ou horizontal com 10cms de comprimento e que tem assinalado numa extremidade a classificação “Sem Dor” e noutra a classificação “Dor Máxima”.</p> <p>A</p>  <p>B</p>  <p>Fig.3: Escala Visual Analógica</p> <p>-Solicite à pessoa que coloque um X ou um traço perpendicular à linha, no ponto que representa a intensidade da sua dor atual;</p> <p>-Meça posteriormente em cm a distância entre o início da linha e o local assinalado, obtendo-se a classificação numérica da intensidade da dor.</p> <p><u>Escala Numérica</u> – consiste numa régua dividida em onze partes iguais, numeradas sucessivamente de 0 a 10 e que tem assinalado numa extremidade a classificação “Sem Dor” e noutra a classificação “Dor Máxima”.</p>	6. Obtém consentimento e colaboração.

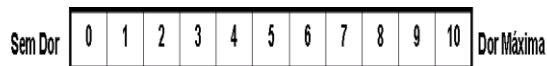


Fig.4: Escala numérica

-Solicite à pessoa que selecione um número de 0 a 10 correspondente à sua dor atual.

Escala de Faces - consiste numa régua que permite fazer corresponder à mímica representada pelas várias faces a intensidade da dor, sendo que a expressão de felicidade corresponde à classificação “Sem Dor” e à expressão de máxima tristeza corresponde a classificação de “Dor Máxima”.

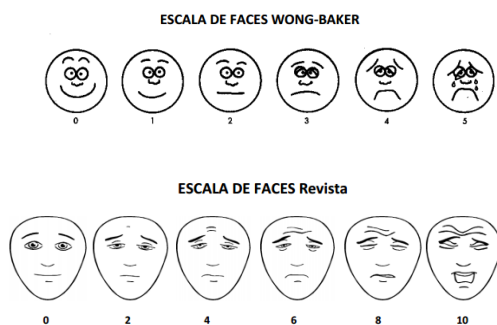


Fig.5: Escala de faces e Escala de faces revista

-Solicite à pessoa que escolha uma face que represente a intensidade da sua dor atual;

-Identifique a classificação numérica correspondente à intensidade da dor.

-Confirme se a pessoa compreendeu corretamente a forma de utilização da escala e o seu significado; se necessário, repita a informação fornecida.

-Utilize outro tipo de escala, caso a pessoa não se adapte à inicialmente proposta.

Escala Qualitativa – consiste numa escala em que a pessoa/cliente classifica a sua dor de acordo com os adjetivos descritos abaixo.

Sem Dor	Dor Ligeira	Dor Moderada	Dor Intensa	Dor Máxima
---------	-------------	--------------	-------------	------------

Fig.6: Escala Qualitativa

-Solicite à pessoa que classifique a intensidade da sua dor atual de acordo com os seguintes objetivos “Sem Dor”; “Dor Ligeira”, “Dor Moderada”, “Dor Intensa” e “Dor Máxima”;

-Documente estes adjetivos na folha de registos.

Escala do Observador – consiste numa escala que se utiliza quando a pessoa/cliente não é capaz de qualificar / quantificar a sua própria dor. Esta escala da dor, assente em critério de perceção do observador é utilizada em pessoas/clientes com alteração do seu estado de consciência ou em casos de insucesso na utilização de todas as outras escalas. Note-se que nesta escala apenas é pontuável de 1 – “Parece sem Dor” a 5 – “Parece Sofredor Inconsolável”, facto que deve ser mencionado nos registos.

ESCALA DO OBSERVADOR	1 Parece sem dor	2 Parece desconfortável com o movimento	3 Parece desconfortável	4 Parece sofredor consolável	5 Parece sofredor inconsolável
----------------------	---------------------	--	----------------------------	---------------------------------	-----------------------------------

Fig.7: Escala do observador

7.Proceda à avaliação da intensidade da dor, sendo que esta é sempre referida pela pessoa.

8.Utilize essa escala em avaliações posteriores.

7.Obtém uma avaliação o mais objetiva possível, personalizada.

8.Diminui a subjetividade e permite comparar e perceber a evolução ao longo de várias avaliações.

9. Avalie a necessidade de realizar outra intervenção de enfermagem.	9. Permite a continuidade dos cuidados (intervenção adequada ao diagnóstico formulado).
10. Registe e documente os resultados (data e hora; descrição do procedimento; características da dor; escala utilizada; intervenções realizadas, nomeadamente a notificação do médico; educação à pessoa e família).	10. Confirma o procedimento e identifica quem executou na esfera da responsabilidade profissional. Assegura a continuidade de cuidados.

REFERÊNCIAS:

- Caple, C., & Avital, O. (6 de maio de 2016). *Respiratory Rate Assessment: Performing in Adults. Nursing Practice & Skill*. Obtido de Nursing Reference Center: <http://web.a.ebscohost.com/nrc/pdf?vid=32&sid=ff1f8787-7440-4bec-afd2-1ea42bf2fd6b%40sessionmgr4006&hid=4101>
- Caple, C., & Gilreath-Osoff, A. (5 de agosto de 2016). *Skin Surface Temperature: Taking. Nursing Practice & Skill*. Obtido de Nursing Reference Center: <http://web.a.ebscohost.com/nrc/pdf?vid=43&sid=ff1f8787-7440-4bec-afd2-1ea42bf2fd6b%40sessionmgr4006&hid=4101>
- Caple, C., & Schub, E. (17 de junho de 2016). *Vital Signs, Postural Measuring*. Obtido de Nursing Reference Center: <http://web.a.ebscohost.com/nrc/pdf?vid=40&sid=ff1f8787-7440-4bec-afd2-1ea42bf2fd6b%40sessionmgr4006&hid=4101>
- Costa, I., Nunes, L., Ruivo, A., Freitas, A., Cerqueira, A., & Oliveira, N. (2012). *Manual de Suporte Básico de Vida e Desfibrilhação Automática Externa*. Obtido de Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4771/1/Manual.SBV.DAE.2012.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (14 de dezembro de 2010). Obtido de Associação Portuguesa para o Estudo da dor: http://www.aped-dor.org/images/documentos/avaliacao_dor_crianças/Avaliacao_da_Dor_nas_Crianças.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (19 de maio de 2013). *Hipertensão Arterial: definição e classificação*. Obtido de Direção-Geral da Saúde: <http://www.dgs.pt/?cr=21160>
- Engelke, Z. (20 de maio de 2016). *Teaching Body Temperature Measurement. Nursing Practice & Skill*. Obtido de Nursing Reference Center: <http://web.a.ebscohost.com/nrc/pdf?vid=35&sid=ff1f8787-7440-4bec-afd2-1ea42bf2fd6b%40sessionmgr4006&hid=4101>
- Ordem dos Enfermeiros. (junho de 2008). *Dor: Guia Orientador de Boa Prática*. Obtido de Ordem dos Enfermeiros: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/cadernosoe-dor.pdf>

- Schub, E. (5 de junho de 2015). *Axillary Temperature: Taking*. Obtido de Nursing Reference Center: <http://web.a.ebscohost.com/nrc/pdf?vid=23&sid=ff1f8787-7440-4bec-afd2-1ea42bf2fd6b%40sessionmgr4006&hid=4101>
- Smith, N. S. (6 de novembro de 2015). *Apical Pulse: Taking. Nursing Practice & Skill*. Obtido de Nursing Reference Center: <http://web.a.ebscohost.com/nrc/pdf?vid=26&sid=ff1f8787-7440-4bec-afd2-1ea42bf2fd6b%40sessionmgr4006&hid=4101>
- Smith, N., & Caple, C. (17 de julho de 2015). *Tympanic (Ear) Temperature: How to take. Nursing Practice & Skill*. Obtido de Nursing Reference Center: <http://web.a.ebscohost.com/nrc/pdf?vid=29&sid=ff1f8787-7440-4bec-afd2-1ea42bf2fd6b%40sessionmgr4006&hid=4101>

Edição atualizada e revista de:

- Bicho, F.; Vaz, F.; Martins, L.; Ferreira, M; Cruchinho, P. (2006). Monitorizar Sinais Vitais. In Nunes, Lucília & Ruivo, Alice, Manual 2006: Técnicas de Enfermagem (Vol. I., pp.389-406). Setúbal: Departamento de Enfermagem ESS-IPS.

GARANTIR A SEGURANÇA DOS ATORES NO CONTEXTO DE CUIDADOS

Norma 04 Realizar a higiene das mãos

Realizar a lavagem das mãos com água e sabão

Realizar fricção antisséptica das mãos

Norma 05 Eliminar Resíduos

Norma 06 Aplicar dispositivo de imobilização preventivo

Norma de Procedimento de Enfermagem

Norma 04. REALIZAR A HIGIENE DAS MÃOS

Andreia Ferreri Cerqueira & Ana Lúcia Ramos

DEFINIÇÃO:

A higiene das mãos é um procedimento de enfermagem de carácter autónomo, simples e efetivo na redução da transmissão de agentes infecciosos durante a prestação de cuidados de saúde. Deve ser realizada, preferencialmente, com uma solução antisséptica de base alcoólica (SABA), com exceção nos casos de as mãos estarem sujas ou contaminadas com matéria orgânica¹⁸, devendo-se proceder à sua lavagem com água e sabão.

OBJETIVOS:

Reduzir a infeção associada aos cuidados de saúde.

Reduzir o impacto indireto no controlo das resistências aos antimicrobianos.

ORIENTAÇÕES PARA A EXECUÇÃO:

Considere que a higiene das mãos deve atender a 5 momentos: (1) antes do contacto com a pessoa doente; (2) antes de procedimentos limpos/assépticos; (3) após risco de exposição a fluidos orgânicos; (4) após contacto com a pessoa doente; (5) após contacto com o ambiente envolvente da pessoa doente.

Realize a higiene das mãos no local e momento da prestação de cuidados de saúde.

Decida a técnica mais adequada ao procedimento^{19, 20}.

¹⁸ E na prestação de cuidados a pessoas com infeções gastrointestinais.

¹⁹ **Lavagem:** "Higiene das mãos com água e sabão (comum ou com antimicrobiano). Esta técnica aplica-se às situações em que as mãos estão visivelmente sujas ou contaminadas com matéria orgânica, após prestação de cuidados a doentes com *Clostridium difficile*, antes e após as refeições, após usar as instalações sanitárias. O procedimento demora cerca de 60 segundos".

Fricção antisséptica: "Aplicação de um antisséptico de base alcoólica para fricção das mãos (a sua utilização não necessita de água nem de toalhetes). Esta técnica aplica-se tanto antes de procedimentos limpos/assépticos, como, na maioria dos procedimentos utilizados na prestação de cuidados, desde que as mãos estejam visivelmente isentas de sujidade ou matéria orgânica. O procedimento demora entre 15-30 segundos".

Preparação pré-cirúrgica das mãos: "Consiste na preparação das mãos da equipa cirúrgica no bloco operatório, com o objetivo de eliminar a flora transitória e de reduzir significativamente a flora residente. Os antissépticos a utilizar devem ter uma atividade antimicrobiana com ação residual. O procedimento demora entre 2-3 minutos" (DGS, 2010, p.5-6).

²⁰ Realizar a higiene das mãos com sabão e água é mais adequado do que a higienização das mãos com SABA, quando as mãos se encontram visivelmente sujas com sangue, outros fluidos ou perante possível contaminação de agentes conhecidos ou suspeitos de serem resistentes às soluções alcoólicas. Atualmente, a fricção antisséptica das mãos é recomendada para uso como uma alternativa ao sabão e água quando as mãos não estão visivelmente sujas e antes e após o contacto com as pessoas, antes de entrar ou sair de uma área de atendimento, antes e depois do contacto com equipamentos (por exemplo, cadeiras de rodas, teclados de computador) e após a remoção de luvas (Caple, 2015; Schub, 2016).

Cuide da integridade cutânea, aplicando creme dermoprotetor.

Ensine a pessoa doente, família e profissionais relativamente ao procedimento correto, momentos e suas implicações.

Note que a utilização de luvas não dispensa a higiene das mãos.

Antes de proceder à higiene das mãos (DGS, 2013):

Mantenha as unhas curtas, limpas, sem verniz e/ou extensões;

Remova adornos, incluindo a aliança;

Proteja a pele com penso impermeável, no caso de lesão;

Exponha os antebraços, utilizando mangas curtas.

MATERIAL NECESSÁRIO:

Lavagem das mãos com água e sabão:

Água corrente e lavatório.


Doseador de sabão líquido.




Distribuidor de toalhetes de papel de uso único.




Caixote de lixo (saco preto).




Fricção antisséptica das mãos:

SABA – solução antisséptica de base alcoólica

REALIZAR LAVAGEM DAS MÃOS COM ÁGUA E SABÃO	
Sequência do procedimento	Fundamentação
1.Coloque-se afastado do lavatório, abra a torneira e regule a água.	1.Evita molhar a farda e o chão.
2.Molhe bem as mãos com água. 	2.Ao juntar água ao sabão ajuda a formar espuma que contribui para uma boa emulsão e evita dermatites.
Fig.1: Colocação de água sobre as mãos.	


REALIZAR LAVAGEM DAS MÃOS COM ÁGUA E SABÃO	
Sequência do procedimento	Fundamentação
<p>3.Fecher o manípulo do lavatório com o cotovelo.</p>  <p>Fig.2: Utilização do manípulo do lavatório</p>	<p>3.Evita o desperdício de água.</p>
<p>4.Acione o doseador com o cotovelo e aplique sabão líquido sobre a mão.</p>  <p>Fig.3: Aplicação de sabão líquido.</p>	<p>4.Prevenir a transmissão de microrganismos.</p>
<p>5.Se é a primeira lavagem das mãos do dia ou se as mãos estão muito sujas, dar especial atenção à lavagem debaixo das unhas.</p>	<p>5.Ajuda a remover os microrganismos sob as unhas, diminuindo a proliferação microbiana.</p>
<p>6.Esfregue juntamente as palmas das mãos e os dedos por fricção.</p>  <p>Fig.4: Fricção das palmas das mãos e dedos.</p>	<p>6.Ajuda a arrastar os microrganismos para que sejam eliminados.</p>

REALIZAR LAVAGEM DAS MÃOS COM ÁGUA E SABÃO	
Sequência do procedimento	Fundamentação
<p>7.A seguir esfregue os espaços interdigitais.</p>  <p>Fig.5: Fricção dos espaços interdigitais.</p>	<p>7.Permite eliminar os microrganismos neste local.</p>
<p>8.Depois esfregue o dorso de ambas as mãos.</p>  <p>Fig.6: Fricção do dorso das mãos.</p>	<p>8.Idem.</p>
<p>9.Friccione as extremidades dos dedos de ambas as mãos.</p>  <p>Fig.7: Fricção das extremidades dos dedos</p>	<p>9.Ibidem.</p>
<p>10.Depois esfregue as costas dos dedos.</p>	<p>10.Permite eliminar os microrganismos neste local.</p>

REALIZAR LAVAGEM DAS MÃOS COM ÁGUA E SABÃO	
Sequência do procedimento	Fundamentação
 <p>Fig.8: Fricção das costas de ambas as mãos.</p>	
<p>11.A seguir proceda à fricção rotacional dos polegares.</p>  <p>Fig.9: Fricção rotacional de ambos os polegares</p>	<p>11.Idem.</p>
<p>12.Abra novamente o manípulo com o cotovelo.</p>	<p>12.Preve a contaminação.</p>
<p>13.Com os dedos mais baixos do que os punhos, enxague bem as mãos (neste momento abra novamente o manípulo com o cotovelo) retirando todo o sabão líquido.</p>  <p>Fig.10: Posição das mãos no enxaguamento</p>	<p>13.Arrasta os microrganismos da parte mais limpa das mãos – os punhos – para a menos limpa – as unhas.</p>
<p>14.Fechre novamente o manípulo com o cotovelo.</p>	<p>14.Evita a contaminação e o desperdício de água.</p>

REALIZAR LAVAGEM DAS MÃOS COM ÁGUA E SABÃO	
Sequência do procedimento	Fundamentação
15. Utilize toalhetes de papel de uso único.	15. Evita a contaminação.
16. Seque ambas as mãos dando atenção aos espaços interdigitais e punhos.  <p>Fig.11: Secagem das mãos</p>	16. Permite eliminar a humidade nesses locais.
17. Se necessário remova mais toalhetes para secar adequadamente as mãos.	17. Elimina adequadamente a humidade existente nas mãos.
18. Faça uma bola com o toalhete e elimine-o no saco preto.  <p>Fig.12: Eliminação dos toalhetes.</p>	18. Elimina adequadamente os resíduos hospitalares.

REALIZAR FRICÇÃO ANTISSEPTICA DAS MÃOS	
Sequência do procedimento	Fundamentação
1. Aplique o SABA numa mão em forma de concha, acionando o manípulo com o cotovelo.	1. Evita o desperdício de SABA e permite o preenchimento de todas as superfícies das mãos.

REALIZAR FRICÇÃO ANTISSEPTICA DAS MÃOS	
Sequência do procedimento	Fundamentação
 <p>Fig.13: Colocação de antisséptico nas mãos.</p>	
2.Siga os passos de 6 a 11 da norma relativa à lavagem das mãos.	2.Permite a continuidade do procedimento.

REFERÊNCIAS:

Caple, C. (11 de setembro de 2015). *Hand Hygiene: Antisepsis Using an Alcohol-Based Rub - Performing*. Obtido em 30 de agosto de 2016, de Nursing Reference Center: <http://web.a.ebscohost.com/nrc/pdf?vid=3&sid=d179bf84-1bde-48ca-9857-6ab79b6e16c4%40sessionmgr4009&hid=4101>

Direção-Geral da Saúde. (junho de 2010). *Circular normativa: Orientação de boa prática para a higiene das mãos nas unidades de saúde*. Obtido em 1 de outubro de 2014, de Direção-Geral da Saúde: <http://www.dgs.pt/paginaRegisto.aspx?back=1&id=16279>

Direção-Geral da Saúde. (31 de outubro de 2013). *Norma: Precauções Básicas do Controlo da Infecção*. Obtido de Direção-Geral da Saúde: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0292012-de-28122012.aspx>

Hand Hygiene - Evidenced based care sheet. (6 de maio de 2016). Obtido de Nursing Reference Center: <http://web.a.ebscohost.com/nrc/pdf?vid=10&sid=d179bf84-1bde-48ca-9857-6ab79b6e16c4%40sessionmgr4009&hid=4101>

Edição atualizada e revista de:

Cruchinho, P. (2006). Lavar higienicamente as mãos. In Nunes, Lucília & Ruivo, Alice, Manual 2006: Técnicas de Enfermagem (Vol. I, pp.07-14). Setúbal: Departamento de Enfermagem ESS-IPS.

Norma de Procedimento de Enfermagem

Norma 05. ELIMINAR RESÍDUOS

Tatiana Silva, Ana Lúcia Ramos & Andreia Ferrer Cerqueira

DEFINIÇÃO:

Resíduo hospitalar – o que resulta de atividades médicas desenvolvidas em unidades de prestação de cuidados de saúde, em atividades de prevenção, diagnósticos, tratamento, reabilitação e investigação envolvidas com seres humanos ou animais, em farmácias, em atividades médico-legais, de ensino e em quaisquer outras que envolvam procedimentos invasivos.

OBJETIVOS:

Adequar a triagem, o acondicionamento, o transporte, o armazenamento e o tratamento dos resíduos produzidos em organismos da saúde.

Reduzir a infeção associada aos cuidados de saúde.

Prevenir e/ou eliminar riscos para a saúde e para o ambiente.

ORIENTAÇÕES PARA A EXECUÇÃO:

Note que por existirem riscos associados aos resíduos hospitalares, é importante adequar a triagem, o acondicionamento, o transporte, o armazenamento e o tratamento dos resíduos produzidos em organismos da saúde.

Considere as recomendações para a eliminação de resíduos resultantes da prestação de cuidados de saúde, de acordo com o Despacho n.º 242/96 de 13 de agosto, quanto às suas características, perigosidade e tratamento diferenciado. Contudo, não dispense a verificação das normas e políticas vigentes em cada instituição.

Note que o enfermeiro não só é responsável pela correta triagem dos resíduos resultantes da prestação de cuidados, como assume simultaneamente um papel importante na prevenção; sensibilização, formação e educação; acompanhamento e supervisão da eliminação de resíduos, realizada por pessoas clientes dos serviços de saúde, suas famílias, profissionais e outros técnicos.

MATERIAL NECESSÁRIO:

Contentor de resíduos

Sacos de resíduos

ELIMINAR RESÍDUOS	
Sequência do procedimento	Fundamentação
<p>1. Classifique o resíduo hospitalar resultante da prestação de cuidados.</p> <p>Grupo I – resíduos equiparados a urbanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Resíduos provenientes de serviços gerais (de gabinetes, salas de reunião, salas de convívio, instalações sanitárias, vestiários, etc.); • Resíduos provenientes de serviços de apoio (oficinas, jardins, armazéns); • Embalagens e invólucros comuns (papel, cartão, mangas mistas e outros de natureza idêntica); • Resíduos provenientes da hotelaria decorrente da confeção e restos de alimentos de doentes não incluídos no Grupo III. <p>Grupo II – resíduos hospitalares não perigosos – resíduos que não são sujeitos a tratamento específicos (equiparados a urbanos):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Material ortopédico: talas, gessos e ligaduras gessadas não contaminados e sem vestígios de sangue; • Absorventes e resguardos descartáveis não contaminados e sem vestígios de sangue; 	<p>1. Uma identificação correta, permite uma eliminação correta do resíduo.</p>

ELIMINAR RESÍDUOS	
Sequência do procedimento	Fundamentação
<ul style="list-style-type: none"> Material de proteção individual utilizado nos serviços gerais e de apoio, com exceção do utilizado na recolha de resíduos; Embalagens vazias de medicamentos ou de outros produtos de uso clínico/comum, com exceção dos incluídos nos Grupos III e IV; Frascos de soros não contaminados, com exceção dos do Grupo IV. <p>Grupo III – resíduos hospitalares de risco biológico – resíduos contaminados ou suspeitos de contaminação, nomeadamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> Resíduos provenientes de quartos ou enfermarias de pessoas com infeções ou com suspeita de infeção, de unidades de hemodiálise, de blocos operatórios, de salas de tratamento, de salas de autópsia e de anatomia patológica, de patologia clínica e de laboratórios de investigação, com exceção dos do Grupo IV; Todo o material utilizado em diálise; Peças anatómicas não identificáveis; Resíduos que resultam da administração de sangue e derivados; Sistemas utilizados na administração de soros e medicamentos, com exceção dos do grupo IV; Sacos coletores de fluidos orgânicos e respetivos sistemas; 	

ELIMINAR RESÍDUOS	
Sequência do procedimento	Fundamentação
<ul style="list-style-type: none"> • Material ortopédico: talas, gessos e ligaduras gessadas contaminados ou com vestígios de sangue; material de prótese retirado a doentes; • Absorventes e resguardos descartáveis contaminados ou com vestígios de sangue; • Material de proteção individual utilizado em cuidados de saúde e serviços de apoio geral em que haja contacto com produtos contaminados (luvas, máscaras, aventais e outros). <p>Grupo IV – resíduos hospitalares específicos – implicam incineração obrigatória, nomeadamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Peças anatómicas identificáveis; • Cadáveres de animais de experiência laboratorial; • Materiais cortantes e perfurantes: agulhas, cateteres e todo o material invasivo; • Produtos químicos e fármacos rejeitados; • Citostáticos e todo o material utilizado na sua manipulação e administração. 	
<p>2. Elimine adequadamente o resíduo resultante da prestação de cuidados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grupo I – Saco Preto; • Grupo II – Saco Preto; • Grupo III – Saco branco; • Grupo IV – Saco Vermelho 	<p>2. Uma eliminação correta do resíduo promove a saúde individual e coletiva, assim como do meio ambiente, prevenindo e/ou eliminando riscos desnecessários.</p>

ELIMINAR RESÍDUOS	
Sequência do procedimento	Fundamentação
3.Retire as luvas (se adequado) e realize a higiene das mãos.	3. Idem
4.Supervisione a eliminação, transporte e acondicionamento dos resíduos.	4.Assegura a continuidade das boas práticas.

Nota: a cor do saco de resíduos em função da classificação dos mesmos pode variar mediante a política interna de gestão de resíduos de cada instituição de saúde.

REFERÊNCIAS:

Agência Portuguesa do Ambiente; Direção-Geral da Saúde e Direção-Geral de Veterinária. (2011). *Plano Estratégico dos Resíduos Hospitalares (2011-2016)*. Obtido de apambiente: http://www.apambiente.pt/_zdata/Políticas/Resíduos/Planeamento/PERH/PERH_2011_2016.pdf

Direção-Geral da Saúde. (12 de maio de 2009). *Circular Informativa Nº13/DA de 12/05/2009 - Tabela de Correspondência entre os Grupos de Resíduos Hospitalares e os Códigos da Lista Europeia dos Resíduos*. Obtido de netresíduos: http://www.netresiduos.com/ResourcesUser/Fluxos_de_residuos/Legislacao/Hospitalares/RH_Circular_DG_S_Correspondencias_Codigo_LER.pdf

Edição atualizada e revista de:

Cruchinho, P. (2006). Recomendação: Medidas de segurança na eliminação de resíduos resultantes da prestação de cuidados de enfermagem. In Nunes, Lucília & Ruivo, Alice, Manual 2006: Técnicas de Enfermagem. (Vol. III, pp.37-38). Setúbal: Departamento de Enfermagem ESS-IPS.

Norma de Procedimento de Enfermagem

Norma 06. APLICAR DISPOSITIVO DE IMOBILIZAÇÃO PREVENTIVO

Susana Duarte, Guida Amaral, Ana Lúcia Ramos & Andreia Ferrer Cerqueira

DEFINIÇÃO:

“Entende-se por contenção física, a restrição dos movimentos da pessoa doente, em situações de agitação psicomotora, confusão mental ou agressividade / violência em relação a si próprio e / ou a outros” (OE, 2009). A contenção física pressupõe a utilização de instrumentos ou equipamentos (dispositivos de imobilização) que restringem os movimentos da pessoa.

OBJETIVOS:

Promover a segurança da pessoa com comportamento de risco em relação a si próprio ou aos que o rodeiam.

Permitir a realização dos procedimentos necessários e essenciais para o cuidado à pessoa.

Evitar a exteriorização de dispositivos médicos.

Reduzir risco de quedas e lesões.

Evitar que uma pessoa potencialmente violenta ou agressiva cause lesões/danos a si ou aos outros.

ORIENTAÇÕES PARA A EXECUÇÃO:

Antes do procedimento:

Considere a contenção física como último recurso depois de esgotadas medidas preventivas, como: orientar a pessoa no seu ambiente; explicar todos os procedimentos; mostrar disponibilidade e supervisão; implementar estratégias ambientais que permitem a observação próxima da equipe (colocação das pessoas confusas em quartos perto da sala de enfermagem); promover o relaxamento da pessoa, criando um ambiente confortável e agradável (minimizando o ruído, oferecendo música suave, iluminação adequada, massagem).

Pondere a necessidade de utilizar dispositivos de imobilização preventiva, apenas quando não se encontram disponíveis ou não são eficazes outras medidas de contenção. De acordo com a DGS (2011) considera-se:

- a) **“Contenção terapêutica:** medida utilizada para controlar a atividade física ou comportamental de uma pessoa ou parte do seu corpo durante a prestação de cuidados de saúde, visando melhorar a condição de saúde e a prevenção de complicações. O objetivo da contenção terapêutica é otimizar a segurança do doente e de quem o rodeia, mantendo simultaneamente e dentro do possível, o seu conforto e dignidade.
- b) **Contenção ambiental:** recurso a alterações que controlam a mobilidade do doente. Pode ser uma sala de confinamento, um espaço fechado ou limitado onde o doente pode deambular em segurança, com supervisão clínica.
- c) **Contenção física:** situação em que uma ou mais pessoas da equipa terapêutica seguram um doente, deslocam ou bloqueiam o seu movimento para impedir a exposição a uma situação de risco.
- d) **Contenção mecânica:** utilização de instrumentos ou equipamentos que restringem os movimentos do doente.
- e) **Contenção química ou farmacológica:** medicação psicoativa que visa inibir um movimento ou comportamento em especial.”

Selecione o tipo de imobilização mais adequado à pessoa e contexto, de modo a diminuir a possibilidade de ocorrência de incidentes com dano para a pessoa: colete, cinto abdominal²¹, cinto pélvico para cadeira, cinto torácico²², imobilizações dos membros superiores e inferiores e luvas²³.

Atenda, na escolha de uma imobilização/contenção, à possibilidade de interferência com a perfusão de soros, drenagens, perfusão sanguínea de shunts/ fístulas arteriovenosas.

Reveja e cumpra as instruções de utilização do fabricante para todos os equipamentos a serem utilizados e verifique se o equipamento está em boas condições de funcionamento.

Recorde que a contenção física nunca deve ser aplicada como punição ou para reduzir comportamentos (com exceção daqueles que podem causar auto lesão ou ferir outros) que perturbem a equipe de prestação de cuidados e que qualquer imobilização/contenção deve manter-se durante o mínimo de tempo possível.

Antes da aplicação de uma imobilização/contenção preventiva a uma pessoa inspecione previamente a zona a imobilizar face à integridade da pele e circulação sanguínea e posicione a pessoa com alinhamento adequado e de forma confortável – posição de deitado ou sentado.

Remova a imobilização/contenção preventiva dos membros para realizar os cuidados de higiene diariamente e tenha especial atenção à higiene da pele nessas zonas.

²¹ Tenha em conta que as imobilizações do abdómen realizadas quer na cama quer na cadeira possuem risco de compromisso da ventilação - sobretudo quando a pessoa desliza para o fundo da cama ou da cadeira.

²² Nas imobilizações do tórax é aconselhável vestir o casaco de pijama à pessoa para evitar lesões na região axilar.

²³ Remova as luvas de proteção no mínimo uma vez por turno e assista a pessoa a realizar exercícios articulares dos dedos.

Durante o procedimento:

Deixe as fitas das imobilizações suficientemente frouxas para que permita à pessoa a realização de alguma amplitude articular.

Coloque os dedos por baixo da imobilização e verifique se a distância entre esta e a pele corresponde a 2 dedos, de modo a evitar o risco de compromisso circulatório no local de aplicação da imobilização.

Fixe as imobilizações sempre em partes firmes da cama ou cadeira e nunca nas grades.

Utilize um nó de liberação rápida, que não deve permitir que a própria pessoa se possa libertar quando puxa a contenção, mas deverá permitir que o prestador de cuidados possa remover a contenção de forma rápida quando a extremidade solta do nó é puxado, em caso de emergência.

Avalie os sinais de compromisso neurovascular: edema, pele fria e pálida, dor, alteração da sensibilidade e da mobilidade, várias vezes em cada um dos membros imobilizados.

Após o procedimento:

Mantenha o esquema de alternância de decúbitos da pessoa, adequado às suas necessidades, independentemente da necessidade de imobilização/contenção.

Proporcione momentos sem imobilização/contenção - desde que mantida a vigilância da pessoa - e incentive a realização de movimentos ativos ou passivos - caso não colabore.

Vigie com frequência, os locais em que se encontram aplicadas as imobilizações, procurando sinais de maceração, escoriação, feridas, edema, entre outros.


MATERIAL NECESSÁRIO:

Dispositivo de imobilização selecionado.

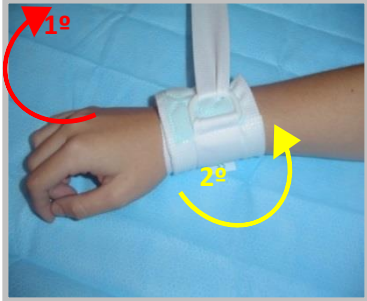

Lençol, se necessário.


Luvas, se necessário.

APLICAR DISPOSITIVO DE IMOBILIZAÇÃO PREVENTIVO	
Sequência do procedimento	Fundamentação
1. Identifique a pessoa.	1. Confirma a identidade da pessoa.
2. Explique o procedimento à pessoa, o motivo da imobilização/contenção salientando que é temporária	2. Informa sobre o procedimento e, caso seja possível, obtém consentimento e colaboração.

APLICAR DISPOSITIVO DE IMOBILIZAÇÃO PREVENTIVO	
Sequência do procedimento	Fundamentação
e é para sua proteção e segurança e peça o seu consentimento e colaboração ²⁴ .	
3.Realize a higiene das mãos.	3.Previne a contaminação.
4.Reúna o material necessário e transporte-o para junto da pessoa, colocando-o na cadeira de apoio devidamente higienizada.	4.Economiza tempo e facilita procedimento, previne a contaminação.
5.Realize a higiene das mãos e coloque o equipamento de proteção ajustado à situação.	5.Previne a contaminação.
<p>6.Aplique o dispositivo de imobilização nos membros:</p> <p>-Envolva totalmente o membro com a porção terminal da imobilização fixando-a sobre si mesma com o velcro.</p>  <p>Fig.1: Aplicação do dispositivo</p>	6.Permite a realização correta do procedimento.

²⁴ O uso de imobilização/contenção preventiva pode ser emocionalmente angustiante para os familiares, pelo que é adequado que sejam alertados previamente e explicada a importância da implementação desta estratégia para promover a segurança da pessoa. Devem ser explicadas todas as estratégias que foram previamente realizadas a fim de evitar a colocação de dispositivos de imobilização/contenção preventiva. Também deve ser explicado o funcionamento dos materiais aplicados e as medidas adicionais implementadas para promover o conforto e a segurança da pessoa durante o período em que seja necessária a sua imobilização/contenção preventiva. No horário de visitas pode ser negociado com a família a remoção da imobilização/contenção, caso esta colabore na supervisão permanente da pessoa durante esse período e tendo em conta situação da pessoa.

APLICAR DISPOSITIVO DE IMOBILIZAÇÃO PREVENTIVO	
Sequência do procedimento	Fundamentação
<p>-Introduza a fita na argola sem realizar nós.</p>  <p>Fig.2: Colocação da fita na argola</p> <p>-Fixe a fita à cama ou cadeira.</p>	
<p><u>7.Aplique dispositivo de imobilização para contenção pélvica:</u></p> <p>-Antes de assistir a pessoa na transferência da cama para a cadeira, coloque sobre esta um lençol dobrado longitudinalmente deixando uma extremidade larga sobre a traseira.</p> <p>-Depois da pessoa se encontrar sentada sobre a cadeira, leve cada uma das extremidades inferiores do lençol em direção ao abdómen.</p> <p>-No abdómen faça uma dobra para fora com o lençol excedente e leve as extremidades inferiores até à traseira da cadeira.</p>  <p>Fig.3: Aspeto frontal da imobilização pélvica.</p>	<p>7.Permite a realização correta do procedimento.</p>

APLICAR DISPOSITIVO DE IMOBILIZAÇÃO PREVENTIVO	
Sequência do procedimento	Fundamentação
<p>Na traseira da cadeira fixe as duas extremidades inferiores do lençol com um só nó ou as duas extremidades de cada lado do lençol.</p>  <p>Fig.4: Aspeto posterior da imobilização pélvica</p>	
8.Realize a higiene das mãos.	8.Previne a contaminação.
9.Registe e documente os resultados: motivo pelo qual se recorreu a medidas de imobilização/contenção preventiva referindo: o estado mental, comportamento e grau de orientação antes e depois da imobilização/contenção, tipo de imobilização/contenção aplicada, hora de aplicação, avaliação do pulso, respiração, circulação periférica, integridade da pele, tempo em que a pessoa esteve sem imobilização, exercícios realizados e outras medidas implementadas. Documente sempre que a imobilização/contenção preventiva é necessária e que é último recurso eficaz para promover a segurança da pessoa. Registe a vigilância realizada e o resultado.	9.Confirma o procedimento e identifica quem executou. Assegura a continuidade dos cuidados.

REFERÊNCIAS

Direção-Geral da Saúde. (06 de junho de 2011). *Orientação: Prevenção de comportamentos dos doentes que põem em causa a sua segurança e da sua envolvente nº-021/2011*. Obtido de Direção-Geral da Saúde: <http://www.dgs.pt/?cr=20464>

Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Parecer nº226/2009. Conselho de enfermagem*. Obtido de Ordem dos Enfermeiros: <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer-CE-226-2009.pdf>.

Smith, N., & Schub, T. (18 de julho de 2014). *Restrints, Physical: Applying in Older Adults*. Obtido de Nursing Reference Center.

Edição atualizada e revista de:

Leal, P., Biscaia, M., & Cruchinho, Paulo (2006). Recomendação: Aplicar imobilizações preventivas. In Nunes, Lucília & Ruivo, Alice, Manual 2006: Técnicas de Enfermagem. (Vol. III, pp.11-18). Setúbal: Departamento de Enfermagem ESS-IPS.

PROVIDENCIAR CUIDADOS DE CONFORTO

Norma 07 Preparar a cama não ocupada

Norma 08 Preparar a maca não ocupada

Norma 09 Preparar a cama ocupada

Norma 10 Preparar a cama cirúrgica

Norma 11 Aplicar agente físico

Aplicar agente físico: frio

Aplicar agente físico: calor

Norma 12 Aplicar ligadura

Aplicar ligadura em espiral

Aplicar ligadura invertida ou espiga

Aplicar ligadura recorrente da cabeça ou capacete de Hipócrates

Aplicar ligadura do coto de amputação

Aplicar ligadura em leque ou voltas em oito

Norma de Procedimento de Enfermagem

Norma 07. PREPARAR A CAMA NÃO OCUPADA

Tatiana Silva, Susana Duarte, Ana Lúcia Ramos & Andreia Ferreri Cerqueira

DEFINIÇÃO:

Procedimento de enfermagem de carácter autónomo que consiste em proceder, de forma sequencial, à colocação da roupa numa cama que não se encontre ocupada e à substituição da roupa da cama por esta se encontrar molhada ou suja, tendo em vista o conforto e segurança da pessoa.

OBJETIVOS:

Preparar a cama para receber a pessoa.

Proporcionar higiene e conforto.

Substituir a roupa da cama.

Promover higiene e conforto.

Reduzir o risco de infeção.

Promover a integridade cutânea.

ORIENTAÇÕES PARA A EXECUÇÃO:

Antes do procedimento:

Certifique-se que a cama se encontra na horizontal.

Durante o procedimento:

Ajuste a altura da cama até uma posição de trabalho confortável.

Recorde que para fazer a cama não ocupada a dois elementos o procedimento deve ser realizado com um elemento em cada lado da cama.

Coloque a roupa limpa na unidade da pessoa.

Coloque o carro da roupa suja próximo da unidade da pessoa.

Recorde que o modo como é preparada a cama tem impacto ao nível do conforto e segurança da pessoa.

Minimize a possibilidade de existirem dobras ou rugas na roupa, bem como o contacto das costuras da mesma (avesso) com a pele da pessoa, dado que interfere com a integridade cutânea, podendo contribuir para o aparecimento de lesões na pele.

Manipule a roupa, respeitando o princípio de “sujo com sujo” e de “limpo com limpo”, com movimentos suaves para evitar levantar pó e dispersão de partículas.

Não toque com a roupa na farda, nem coloque lençóis usados na cama de outra pessoa ou no chão.

Verifique a ausência de objetos pessoais da pessoa aquando da remoção da roupa suja.

Calce luvas limpas sempre que a cama, colchão e/ ou lençóis apresentarem vestígios de sangue e/ou fluidos corporais.

Aproveite o momento da preparação da cama para confirmar o estado do material: se o colchão e capa protetora estão em bom estado de conservação, se as grades da cama estão a funcionar corretamente e se a cabeceira da cama pode ser removida de forma rápida em caso de necessidade.

Verifique as condições de segurança da cama (confirmar que as rodas estão travadas). Sempre que não é necessário deslocar a cama, certifique-se que as rodas devem estar corretamente travadas.

Equacione a possibilidade de prender os cantos superiores e inferiores do lençol de baixo mediante a realização de “nós” nas extremidades do mesmo, em situações específicas, em que a realização dos cantos em envelope não assegure os princípios subjacentes à técnica da roupa esticada e sem rugas.

Após o procedimento:

Confirme que a roupa da cama fica bem esticada, sem rugas e seca.

Coloque a campainha ao alcance da pessoa.

Em caso de alta ou transferência da pessoa, o enfermeiro deve assegurar que a lavagem e desinfecção da cama e da capa do colchão são realizadas, assim como a substituição desta última sempre que se verifique a sua deterioração.

MATERIAL NECESSÁRIO:

Dois lençóis.

Um resguardo de pano.

Um cobertor (se necessário).

Uma Colcha.

Uma Almofada.

Uma Fronha.



Carro de roupa suja.

Luvas (se necessário).

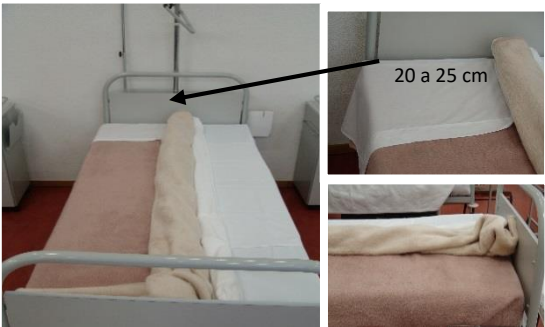


Soluto de limpeza (se necessário).


PREPARAR A CAMA NÃO OCUPADA	
Sequência do procedimento	Fundamentação
1.Providencie a preparação e transporte do carro de roupa limpa para a unidade da pessoa.	1.Economiza tempo e facilita o procedimento.
2.Coloque o carro de roupa suja próximo da unidade da pessoa.	2.Previne a contaminação.
3.Realize a higiene das mãos.	3.Previne a contaminação.
4.Coloque uma cadeira junto da extremidade inferior da cama com as costas voltadas para o lado direito da mesma.	4.Serve de suporte à roupa da cama.
5.Coloque sobre a base da cadeira a roupa a utilizar pela seguinte ordem: a) almofada; b) fronha; c) colcha; d) cobertor/es; e) lençol de cima; f) resguardo dobrado ao meio; g) lençol de baixo.	5.Economiza tempo e facilita o procedimento.
6.Desprenda toda a roupa começando pela cabeceira do lado esquerdo e terminando no lado direito.	6.Permite a continuação do procedimento. Economiza tempo.
7.Desfaça a dobra do lençol; retire a colcha dobrando-a pelo meio em duas partes: primeiro no sentido do comprimento e depois no sentido da largura, fazendo o mesmo para o cobertor, caso exista.	7.Idem.
8.Enrole, primeiramente, o lençol de cima, depois o resguardo e o lençol de baixo no sentido do seu interior até meio da cama e coloque-os no saco ou carro de roupa suja ²⁵ .	8.Facilita a realização do procedimento.
9.Realize a higiene das mãos.	9.Previne a contaminação.
10.Coloque-se no lado direito da cama, pegue no lençol debaixo que está dobrado (segundo a lavandaria), coloque-o a meio da cama e desdobre-	10.Executa o procedimento de forma adequada evitando passos desnecessários.

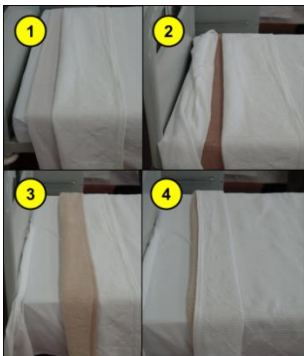
²⁵ Se necessário, providencie a limpeza do colchão com soluto de limpeza adequado e assegure que a superfície do colchão está seca, antes de colocar o lençol limpo.

PREPARAR A CAMA NÃO OCUPADA	
Sequência do procedimento	Fundamentação
o na sua largura e ao longo da mesma, no sentido longitudinal do plano superior para o inferior da cama.	
<p>11. Prenda o lençol sob o colchão na zona do plano superior da cama e faça o canto superior direito (em envelope com ângulo a 90°). Proceda do mesmo modo no canto inferior direito. Prenda de lado o lençol sob o colchão.</p>  <p>Fig.1: Realização do canto em envelope.</p>	11. Permite que a roupa fique esticada e segura.
<p>12. Pegue no resguardo pela parte central e coloque-o no meio da cama na direção longitudinal a cerca de 30cm da cabeceira, desdobre-o para o lado oposto e prenda-o sob o colchão do mesmo lado.</p>  <p>Fig.2: Realização da base da cama.</p>	12. Permite que o resguardo fique seguro.

PREPARAR A CAMA NÃO OCUPADA	
Sequência do procedimento	Fundamentação
<p>13. Passe para o lado esquerdo da cama (exceto se estiver a realizar o procedimento a dois elementos) e proceda da mesma forma (lençol de baixo e resguardo), deixando a roupa da base da cama bem esticada.</p>  <p>Fig.3: Realização da base da cama</p>	<p>13. Conclui a base da cama e permite que as roupas fiquem seguras e sem rugas.</p>
<p>14. Pegue no lençol de cima que está na cadeira e coloque-se no lado direito da cama. Coloque o lençol a meio da cama e desdobre-o na sua largura e ao longo da mesma, no sentido longitudinal do plano superior para o inferior da cama; do lado da cabeceira deixe cerca de 20 a 25 cm de lençol, para fazer a dobra sobre o cobertor e colcha. Faça o canto inferior direito do lençol e entale-o.</p>  <p>Fig.4: Colocação do lençol de cima</p>	<p>14. Permite a continuidade do procedimento.</p>
<p>15. Coloque o/s cobertor/es do mesmo modo que o lençol de cima, mas alinhado à extremidade superior do colchão; faça a dobra da extremidade do lençol de cima sobre os mesmos; depois faça o canto inferior direito dos cobertores. Prenda</p>	<p>15. Idem.</p>

PREPARAR A CAMA NÃO OCUPADA	
Sequência do procedimento	Fundamentação
<p>lateralmente o lençol juntamente com o/s cobertor/es até cerca de $\frac{1}{3}$ inferior da mesma.</p>  <p>Fig.5: Colocação do cobertor</p>	
<p>16.Coloque a colcha, deixando cerca de 10 cm para lá da extremidade superior do colchão (para quando abrir a cama poder prender o cobertor); estique-a no sentido do plano inferior da cama e proceda à realização do canto inferior direito sem o prender.</p>  <p>Fig.6: Colocação da colcha</p>	16. Ibidem.
<p>17.Coloque-se do lado esquerdo da cama (exceto se realizar a cama a dois elementos) e proceda da mesma forma que nos pontos anteriores.</p>  <p>Fig.7: Preparação da cama do lado oposto.</p>	17. Permite a continuidade do procedimento.

PREPARAR A CAMA NÃO OCUPADA	
Sequência do procedimento	Fundamentação
<p>18.Do lado direito da cama, enfronhe a almofada e coloque-a na cabeceira com o lado da abertura oposto à porta do quarto.</p>  <p>Fig.8: Colocação da almofada sobre a cama</p>	<p>18.Conclui o procedimento. Mantém a estética da unidade.</p>
19.Realize a higiene das mãos.	19.Preve a contaminação.

ABRIR A ROUPA DA CAMA	
Sequência do procedimento	Fundamentação
1.Realize a higiene das mãos.	1.Preve a contaminação.
2.Retire a almofada e coloque-a na base da cadeira.	2.Facilita o procedimento.
<p>3.Desdobre a colcha sobre si mesma, desmanche a dobra do lençol e volte a dobrar o cobertor sobre a colcha.</p>  <p>Fig.9: Colocação da colcha sob o cobertor para abrir a cama.</p>	3.Permite iniciar o procedimento.

4.Proceda à dobra da colcha sobre o cobertor, volte-os de forma a rasar a extremidade do colchão e faça a dobra do lençol.



Fig.10: Colocação da extremidade do lençol sobre a colcha

4. Permite que a roupa fique segura.

5.Abra a roupa da cama:

-Em harmónio: dobre simultaneamente a roupa em bloco até à extremidade inferior do colchão e em seguida dobre-a sobre si mesma até ao meio da cama.



Fig.11: Abertura da roupa da cama em harmónio

-Em diagonal: dobre a roupa ao 1/3 inferior da cama; leve a extremidade da roupa que se encontra a seu lado até ao centro da cama de forma a descrever uma diagonal (**Ver Fig. 12**);

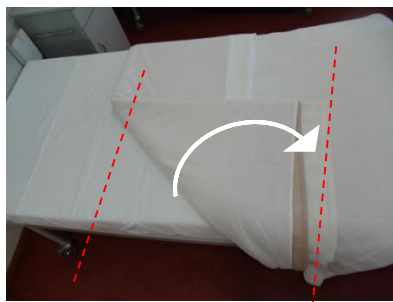


Fig.12: Abertura da cama em diagonal

5.Permite o acesso da pessoa à cama.

6.Realize a higiene das mãos.	6.Previne a contaminação.
-------------------------------	---------------------------

REFERÊNCIAS:

Administração Central do Sistema de Saúde, IP. (2011). *Manual de Normas de Enfermagem. Procedimentos Técnicos*.

Obtido de Administração Central do Sistema de Saúde, IP: http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/MANUAL%20ENFERMAGEM%2015_07_2011.pdf

Beddoe, A. E., & Caple, C. (7 de agosto de 2015). *Bedmaking, Unoccupied*. Obtido de Nursing Reference Center:

<http://web.a.ebscohost.com/nrc/pdf?vid=11&sid=e0898705-625c-4eda-84bf-9edc8ce4a602%40sessionmgr4010&hid=4204>

Edição atualizada e revista de:

Bicho, F., Leal, P., & Cruchinho, P. (2006). Preparar a cama/maca vazia da pessoa/cliente. In Nunes, Lucília & Ruivo, Alice, Manual 2006: Técnicas de Enfermagem. (Vol. III, pp.33-48). Setúbal: Departamento de Enfermagem ESS-IPS.

Norma de Procedimento de Enfermagem

Norma 08. PREPARAR A MACA

Tatiana Silva, Susana Duarte, Ana Lúcia Ramos & Andreia Ferreri Cerqueira

DEFINIÇÃO:

Procedimento de enfermagem de carácter autónomo que consiste em proceder, de forma sequencial, à colocação da roupa numa maca que não se encontre ocupada e à substituição da roupa da maca por esta se encontrar molhada ou suja, tendo em vista o conforto e segurança da pessoa.

OBJETIVOS:

Preparar a maca para receber a pessoa.

Proporcionar higiene e conforto.

Substituir a roupa da maca.

Promover higiene e conforto.

Reduzir o risco de infeção.

Promover a integridade cutânea.

ORIENTAÇÕES PARA A EXECUÇÃO:

Antes de realizar o procedimento:

Certifique-se que a maca está na horizontal.

Durante o procedimento:

Coloque a roupa limpa na unidade da pessoa.

Coloque o carro da roupa suja próximo da unidade da pessoa.

Recorde que o modo como é preparada a maca tem impacto ao nível do conforto e segurança da pessoa.

Minimize a possibilidade de existirem dobras ou rugas na roupa, bem como o contacto das costuras da mesma (avesso) com a pele da pessoa, dado que interfere com a integridade cutânea, podendo contribuir para o aparecimento de lesões na pele.

Manipule a roupa, respeitando o princípio de “sujo com sujo” e de “limpo com limpo”, com movimentos suaves para evitar levantar pó e dispersão de partículas.

Não toque com a roupa na farda, nem coloque lençóis usados na cama de outra pessoa ou no chão.

Verifique a ausência de objetos pessoais da pessoa aquando da remoção da roupa suja.

Calce luvas limpas sempre que a maca, colchão e/ ou lençóis apresentar vestígios de sangue e/ou fluidos corporais.

Aproveite o momento da preparação da maca para confirmar o estado do material: se o colchão e capa protetora estão em bom estado de conservação e se as grades estão a funcionar, de forma adequada.

Verifique as condições de segurança da maca (confirmar que as rodas estão travadas). Sempre que não é necessário deslocar a maca, certifique-se que as rodas devem estar corretamente travadas.

Equacione a possibilidade de prender os cantos superiores e inferiores do lençol de baixo mediante a realização de “nós” nas extremidades do mesmo, em situações específicas, em que a realização dos cantos em envelope não assegure os princípios subjacentes à técnica da roupa esticada e sem rugas.

Após o procedimento:

Confirme que a roupa da maca fica bem esticada, sem rugas e seca.


Coloque a campainha ao alcance da pessoa.




Em caso de alta ou transferência da pessoa, o enfermeiro deve assegurar que a lavagem e desinfeção da maca e da capa do colchão são realizadas, assim como a substituição desta última sempre que se verifique a sua deterioração.

MATERIAL NECESSÁRIO:

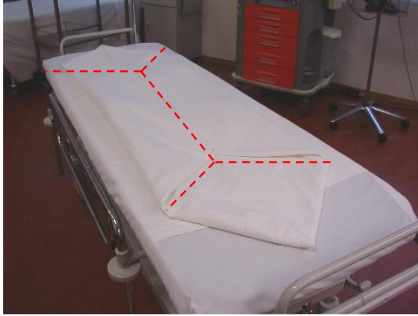
Dois lençóis	Carro de roupa suja;
Um resguardo de pano	Luvas (se necessário);
Um cobertor (se necessário);	Soluto de limpeza (se necessário)
Uma Colcha;	

PREPARAR A MACA	
Sequência do procedimento	Fundamentação
1.Providencie a preparação e transporte do carro de roupa limpa para junto da maca.	1.Facilita o procedimento.

PREPARAR A MACA	
Sequência do procedimento	Fundamentação
2.Realize a higiene das mãos.	2.Previne a contaminação.
3.Leve para junto da maca a roupa a utilizar, tendo o cuidado de não a encostar à farda.	3.Economiza tempo, facilita o procedimento e previne a contaminação.
4.Coloque uma cadeira aos pés da maca com as costas voltadas para o lado direito da mesma.	4.Serve de suporte à roupa.
5.Coloque sobre a base da cadeira a roupa a utilizar pela seguinte ordem: a) colcha; b) cobertor; c) lençol de cima; d) resguardo dobrado ao meio; e) lençol de baixo.	5.Permite a continuação do procedimento.
6.Posicione-se do lado direito da maca.	6.Permite a continuação do procedimento.
<p>7.Faça a base da maca procedendo como se tratasse da base de uma cama vazia.</p>  <p>Fig.1: Base da maca.</p>	7.Permite que a roupa fique segura e sem rugas.
8.Pegue no lençol de cima e coloque-o em cima da maca no sentido longitudinal e desdobre-o.	8.Idem.
9.Coloque o cobertor a rasar a extremidade superior do colchão esticando-o no sentido da extremidade inferior.	9.Ibidem
10.Coloque a colcha sobre o cobertor e faça uma dobra na colcha. Dobre o cobertor sobre a colcha de modo que esta fique com cerca de 10 cm a mais na sua dobra.	10.Continua o procedimento.

PREPARAR A MACA	
Sequência do procedimento	Fundamentação
 <p>Fig.2: Dobras sobre a roupa de cima da maca.</p>	
<p>11.Proceda à dobra da colcha sobre o cobertor e em bloco volte a colocar a roupa a rasar a extremidade do colchão.</p>  <p>Fig.3: Dobras sobre a roupa de cima da maca</p>	<p>11.Permite que a roupa fique segura.</p>
<p>12.Proceda à dobra da roupa na extremidade inferior da maca, de forma que a dobra de cada peça de roupa fique a rasar a extremidade do colchão e que o lençol cubra o cobertor e a colcha.</p>  <p>Fig.4: Dobras sobre a roupa de cima da maca</p>	<p>12.Idem.</p>

PREPARAR A MACA	
Sequência do procedimento	Fundamentação
<p>13. Assinale com a mão dominante a extremidade superior da maca, o seu meio. Com a mão não dominante a segurar a ponta da roupa do canto superior direito faça um ângulo de 90° no sentido duma linha imaginária traçada ao meio da maca. Proceda da mesma forma na extremidade inferior da maca.</p>  <p>Fig.5: Colocação das extremidades da roupa a 90°.</p>	<p>13. Continua o procedimento.</p>
<p>14. Com as mãos nas extremidades dos ângulos efetuados dobre-as simultaneamente na direção da linha imaginária deixando cerca de 10cm da base da maca a descoberto; tendo em conta a roupa excedente à linha imaginária dobre-a no sentido interno a rasar a mesma.</p>  <p>Fig.6: Dobra das extremidades em direção ao centro</p>	<p>14. Ibidem.</p>

PREPARAR A MACA	
Sequência do procedimento	Fundamentação
<p>15. Posicione-se no lado esquerdo da maca e proceda da mesma forma.</p>  <p>Fig.7: Finalização da maca</p>	<p>15. Ibidem.</p>
<p>16. Realize a higiene das mãos.</p>	<p>16. Previne a contaminação.</p>

REFERÊNCIAS:

- Administração Central do Sistema de Saúde, IP. (2011). *Manual de Normas de Enfermagem. Procedimentos Técnicos*. Obtido de Administração Central do Sistema de Saúde, IP: http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/MANUAL%20ENFERMAGEM%2015_07_2011.pdf
- Beddoe, A. E., & Caple, C. (7 de agosto de 2015). *Bedmaking, Unoccupied*. Obtido de Nursing Reference Center: <http://web.a.ebscohost.com/nrc/pdf?vid=11&sid=e0898705-625c-4eda-84bf-9edc8ce4a602%40sessionmgr4010&hid=4204>

Edição atualizada e revista de:

- Bicho, Fátima; Leal, Paula; Cruchinho, Paulo (2006) – Preparar a cama/maca vazia da pessoa/cliente, In Nunes, Lucília & Ruivo, Alice (2006) – Manual 2006: Técnicas de Enfermagem. Vol. I de III. Departamento de Enfermagem ESS-IPS.

Norma de Procedimento de Enfermagem

Norma 09. PREPARAR A CAMA OCUPADA

Susana Duarte, Tatiana Silva, Ana Lúcia Ramos & Andreia Ferreri Cerqueira

DEFINIÇÃO:

Procedimento de enfermagem com caráter autónomo que consiste na substituição da roupa da cama à pessoa que se encontra na cama, de forma a satisfazer a necessidade de higiene e promover o conforto.

OBJETIVOS:

Proporcionar higiene e conforto.

Substituir a roupa da cama.

Promover higiene e conforto.

Reduzir o risco de infeção

Promover a integridade cutânea.

ORIENTAÇÕES PARA A EXECUÇÃO:

Antes de realizar o procedimento:

Identifique o nível de dependência da pessoa, avalie a sua capacidade de mobilidade e a necessidade de eventual colaboração de um segundo elemento.

Certifique-se da existência de possíveis limitações ou contraindicações que necessitem de adequação do procedimento.

Verifique as condições ambientais da unidade.

Durante o procedimento:

Ajuste a altura da cama até uma posição de trabalho confortável.

Promova a segurança da pessoa, baixando a grade do lado que está a cuidar da pessoa e levantando-a antes de passar para o lado oposto.

Coloque a roupa limpa na unidade da pessoa.

Coloque o carro da roupa suja próximo da unidade da pessoa.

Recorde que o modo como é preparada a cama tem impacto ao nível do conforto e segurança da pessoa.

Minimize a possibilidade de existirem dobras ou rugas na roupa, bem como o contacto das costuras da mesma (avesso) com a pele da pessoa, dado que interfere com a integridade cutânea, podendo contribuir para o aparecimento de lesões na pele.

Manipule a roupa, respeitando o princípio de “sujo com sujo” e de “limpo com limpo”, com movimentos suaves para evitar levantar pó e dispersão de partículas.

Não toque com a roupa na farda, nem coloque lençóis usados na cama de outra pessoa ou no chão.

Verifique a ausência de objetos pessoais da pessoa aquando da remoção da roupa suja.

Calce luvas limpas sempre que a cama, colchão e/ ou lençóis apresentar vestígios de sangue e/ou fluidos corporais.

Aproveite o momento da preparação da cama para confirmar o estado do material: se o colchão e capa protetora estão em bom estado de conservação, se as grades da cama estão a funcionar corretamente e se a cabeceira da cama pode ser removida de forma rápida em caso de necessidade.

Verifique as condições de segurança da cama (confirmar que rodas estão travadas). Sempre que não é necessário deslocar a cama, as rodas devem estar corretamente travadas.

Equacionar a possibilidade de prender os cantos superiores e inferiores do lençol de baixo mediante a realização de “nós” nas extremidades do mesmo, em situações específicas, em que a realização dos cantos em envelope não assegure os princípios subjacentes à técnica da roupa esticada e sem rugas.

Após o procedimento:

Confirme que a roupa da cama fica bem esticada, sem rugas e seca.


Coloque a campinha ao alcance da pessoa.

Em caso de alta ou transferência da pessoa, o enfermeiro deve assegurar que a lavagem e desinfecção da cama e da capa do colchão são realizadas, assim como a substituição desta última sempre que se verifique a sua deterioração.



MATERIAL NECESSÁRIO:

Uma colcha (se necessário trocar)	Dois lençóis e uma fronha
Um cobertor (es) (se necessário trocar)	Carro ou saco para colocar roupa suja
Um resguardo de pano e descartável (se necessário)	Luvas (se necessário)
	Soluto de limpeza (se necessário)


PREPARAR A CAMA OCUPADA	
Sequência do procedimento	Fundamentação
1.Providencie a preparação e transporte de roupa limpa para a unidade da pessoa.	1.Economiza tempo.
2.Coloque o carro de roupa suja próximo da unidade da pessoa.	2.Preveine contaminação.
3.Realize a higiene das mãos.	3.Idem.
4.Coloque uma cadeira junto da extremidade inferior da cama com as costas voltadas para o lado direito da mesma.	4.Economiza tempo e facilita o procedimento.
5.Explique o procedimento à pessoa e solicite a sua colaboração.	5.Informa acerca do procedimento. Obtém o consentimento e colaboração da pessoa.
6.Coloque sobre a base da cadeira a roupa a utilizar pela seguinte ordem: a) fronha; b) lençol de cima dobrado segundo a lavandaria; c) resguardo dobrado ao meio; d) lençol de baixo dobrado.	6.Permite a continuação do procedimento.
7.Puxe a cortina do quarto à volta da cama ou feche a porta.	7.Assegura a privacidade da pessoa.
8.Calce luvas limpas (se necessário).	8.Preveine a contaminação.
9.Coloque a cama na horizontal - se a situação clínica da pessoa o permitir; Ajuste a altura da cama a uma posição de trabalho confortável; mantenha as grades da cama subidas no lado oposto em que está a realizar o procedimento.	9.Facilita o procedimento; promove a ergonomia e mecânica corporal; promove a segurança da pessoa.
10.Retire a almofada - se a situação da pessoa o permitir. Retire a fronha e coloque a almofada sobre a base da cadeira; mantenha e grade do lado direito da cama elevada e passe para o lado esquerdo.	10.Dá continuidade ao procedimento.
11.Baixar a grade do lado esquerdo da cama, desprenda toda a roupa começando pela cabeceira do lado esquerdo e terminando no lado direito;	11.Executa o procedimento evitando passos desnecessários; promove a segurança.

PREPARAR A CAMA OCUPADA	
Sequência do procedimento	Fundamentação
assegure –se que a grade da cama do lado esquerdo fica subida. ²⁶	
12.Desfaça a dobra do lençol; retire a colcha dobrando-a pelo meio em duas partes: primeiro no sentido do comprimento e depois no sentido da largura; e coloque-a nas costas da cadeira.	12.Facilita a utilização da colcha quando esta é reutilizada.
13.Proceda da mesma forma para o(s) cobertor (es) - caso existam.	13.Facilita a utilização do(s) cobertor(es) quando estes são reutilizados.
14.Faça a dobra no lençol de cima e uma outra na extremidade inferior, seguida de uma prega lateral direita no sentido do comprimento da pessoa.	14.Mantém a privacidade da pessoa.
 <p>Fig.1: Pregas superiores, inferior e lateral do lençol de cima.</p>	
15.Solicite ou ajude a pessoa a colocar-se em decúbito lateral esquerdo, deslizando a almofada para o mesmo lado - caso não tenha sido possível retirá-la.	15.Facilita a realização do procedimento.
16.Enrole o resguardo no sentido do seu interior até meio da cama, encostando-o bem à pessoa; faça o mesmo com o lençol de baixo, que fica debaixo do resguardo.	16.Idem.

²⁶ Se optar por realizar este procedimento com dois elementos, o elemento 1 posiciona-se no lado direito da cama e o elemento 2 posiciona-se no lado esquerdo da cama e desprendem toda a roupa concomitantemente;

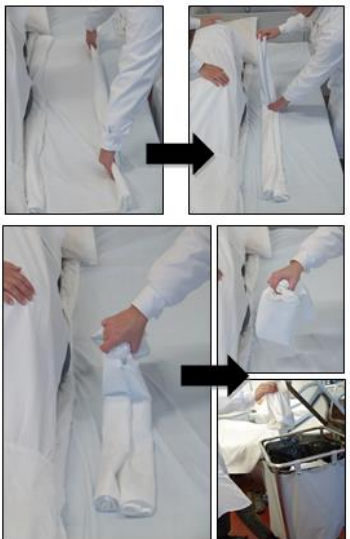

PREPARAR A CAMA OCUPADA	
Sequência do procedimento	Fundamentação
<p>17. Observe o estado de limpeza e de conservação do colchão²⁷.</p>	<p>17. Assegura a manutenção de condições de higiene e conforto.</p>
<p>18. Coloque o lençol de baixo no quadrante superior direito da cama abrindo-o da extremidade superior para a inferior e enrole no sentido exterior (para baixo) até junto do resguardo e lençol sujos.</p>  <p>Fig.2: Colocação do lençol de baixo.</p>	<p>18. Permite a continuação e realização do procedimento.</p>
<p>19. Entale a extremidade superior do lençol sob o colchão e faça o canto superior direito; repita para a extremidade inferior e por último entale lateralmente.</p>  <p>Fig.3: Fixação do lençol de baixo ao colchão.</p>	<p>19. Idem.</p>
<p>20. Coloque o resguardo a meio da cama e enrole a parte superior até junto à pessoa no seu sentido exterior; depois entale lateralmente sob o colchão a porção que ficou na base da cama; se necessário coloque resguardo descartável.</p>	<p>20. Ibidem.</p>



²⁷ Se necessário, providencie a limpeza do colchão com soluto de limpeza adequado e assegure que a superfície do colchão está seca, antes de colocar o lençol limpo.

PREPARAR A CAMA OCUPADA	
Sequência do procedimento	Fundamentação
 <p>Fig.4: Colocação de resguardo de pano e descartável.</p>	
<p>21.Solicite ou ajude a pessoa a colocar-se, lentamente, em decúbito lateral direito e desfaça em simultâneo a prega lateral direita do lençol de cima ao mesmo tempo que a pessoa se lateraliza - substitua a fronha e volte a colocar a almofada sob a cabeça da pessoa quando a situação deste não permite retirar a almofada no início – coloque a almofada sobre a parte limpa.</p>	<p>21.Ibidem.</p>
<p>22.Eleve a grade lateral direita da cama e posicione-se no lado esquerdo da cama²⁸. Faça uma prega lateral esquerda no sentido do comprimento da pessoa.</p>	<p>22.Mantém a privacidade da pessoa.</p>
<p>23.Retire em primeiro lugar o resguardo enrolando-o no sentido do seu interior e de seguida o lençol debaixo da mesma forma; coloque-os diretamente no carro de roupa suja²⁹.</p>	<p>23.Assegura a continuidade do procedimento.</p>

²⁸ No caso de realizar procedimento com dois elementos, mantenha-se no lado direito, enquanto o elemento 2 executa o procedimento do lado esquerdo (passos 22 a 24).

²⁹ Se necessário, providencie a limpeza do colchão com soluto de limpeza adequado e assegure que a superfície do colchão está seca, antes de colocar o lençol limpo.

PREPARAR A CAMA OCUPADA	
Sequência do procedimento	Fundamentação
 <p>Fig.5: Retirada do resguardo.</p>	
<p>24.Desenrole, estique e entale o lençol de baixo na extremidade superior do colchão e faça o canto superior esquerdo, proceda da mesma forma na extremidade inferior (canto inferior esquerdo) e entale lateralmente. Desenrole e entale o resguardo.</p>  <p>Fig.6: Colocação de lençol e resguardo.</p>	<p>24.Idem.</p>
<p>25.Solicite à pessoa ou ajude-a a posicionar-se em decúbito dorsal, colocando a almofada sob a cabeça da pessoa com a nova fronha sobre a roupa limpa - caso a pessoa não tenha almofada e desfaça as pregas laterais do lençol de cima.</p>	<p>25.Idem.</p>

PREPARAR A CAMA OCUPADA	
Sequência do procedimento	Fundamentação
26.Posicione a pessoa ou ajude-a a posicionar-se, adequadamente.	26.Promove o conforto e previne lesões.
27.Se necessário, suba as grades de proteção desse lado e passe para o lado direito da cama ³⁰ .	27.Mantem a segurança da pessoa.
<p>28.Coloque o lençol de cima limpo sobre o tórax da pessoa pedindo-lhe para o segurar (caso possa colaborar) se não puder entale-o sob os ombros da mesma; com a mão não dominante pegue na extremidade inferior do lençol limpo e com a mão dominante pegue na dobra do que vai retirar. Simultaneamente deslize os lençóis no sentido da extremidade inferior da cama e coloque o lençol a retirar diretamente no carro de roupa suja.</p>  <p>Fig.7: Substituição do lençol de cima.</p>	28.Proporciona conforto à pessoa.
<p>29.Faça uma prega na extremidade inferior do lençol, faça o canto inferior direito sem entalar e mantendo a prega.</p>  <p>Fig.8: Realização de prega no lençol de cima.</p>	29.Mantém a privacidade da pessoa.

³⁰ Se realizar o procedimento com dois elementos, cada elemento mantém-se em cada um dos lados da cama e colaboram na realização do restante procedimento.

PREPARAR A CAMA OCUPADA	
Sequência do procedimento	Fundamentação
<p>30.Coloque o cobertor dobrado no quadrante superior direito da cama e desdobre-o na sua largura e comprimento. Entale-o sob a base da cama, faça o canto tendo em atenção a prega nos pés. Entale juntamente o lençol e o cobertor até cerca de 1/3 da cama.</p> <div data-bbox="303 642 751 974" data-label="Image"> </div> <p>Fig.9: Colocação do cobertor.</p>	<p>30.Previne a pressão da roupa sobre os pés da pessoa. Evita fricção e posterior lesão.</p>
<p>31.Coloque a colcha da mesma forma que colocou o cobertor (es) de modo que esta fique cerca de 8 a 10 cm acima deste (s). Entale o cobertor com a colcha e execute a dobra do lençol. Faça o canto inferior direito sem o prender.</p>	<p>31.Idem.</p>
<p>32.Suba a grade do lado direito da cama, se necessário; coloque-se do lado esquerdo da cama e proceda da mesma forma³¹.</p>	<p>32.Promove a segurança da pessoa.</p>
<p>33.Suba a grade do lado esquerdo da cama, se necessário; coloque a cama, se possível, no plano horizontal mais baixo; coloque a campainha acessível à pessoa.</p>	<p>33.Promove a segurança da pessoa/ cliente.</p>
<p>34.Providencie a arrumação da cadeira e do carro de roupa limpa e de roupa suja; abra as cortinas.</p>	<p>34.Permite terminar o procedimento.</p>

³¹ Se realizar o procedimento com dois elementos, cada elemento mantém-se em cada um dos lados da cama e colaboram na realização do restante procedimento.

PREPARAR A CAMA OCUPADA	
Sequência do procedimento	Fundamentação
35.Reúna e acondicione adequadamente o material.	35.Mantém a unidade arrumada e previne contaminação.
36.Realize a higiene das mãos.	36.Previne contaminação.

REFERÊNCIAS:

Beddoe, A. E., & Caple, C. (14 de agosto de 2015). *Bedmaking Occupied*. Obtido de Nursing Reference Center: <http://web.a.ebscohost.com/nrc/pdf?vid=14&sid=e0898705-625c-4eda-84bf-9edc8ce4a602%40sessionmgr4010&hid=4204>

Schub, e., Caple, C., & D, P. (14 de agosto de 2015). *Bedmaking Occupied*. Obtido de Nursing Reference Center: <http://web.a.ebscohost.com/nrc/pdf?vid=16&sid=e0898705-625c-4eda-84bf-9edc8ce4a602%40sessionmgr4010&hid=4204>

Edição atualizada e revista de:

Bicho, F., Leal, P., & Cruchinho, P. (2006). Preparar a cama ocupada. In Nunes, Lucília & Ruivo, Alice, Manual 2006: Técnicas de Enfermagem (Vol. I, pp.17-29). Setúbal: Departamento de Enfermagem ESS-IPS.

Norma de Procedimento de Enfermagem

Norma 10. PREPARAR A CAMA CIRÚRGICA

Susana Duarte, Tatiana Silva, Ana Lúcia Ramos & Andreia Ferreri Cerqueira

DEFINIÇÃO:

Procedimento de enfermagem de carácter autónomo que consiste em proceder, de forma sequencial, à colocação da roupa numa cama preparada para a pessoa que vai ser ou foi submetida a cirurgia, tendo em vista o conforto e a segurança da pessoa.

OBJETIVOS:

Preparar a cama para receber a pessoa.

Proporcionar higiene e conforto.

Promover higiene e conforto.

Reduzir o risco de infeção.

Promover a integridade cutânea.

ORIENTAÇÕES PARA A EXECUÇÃO:

Antes do procedimento:

Certifique-se que a cama está na horizontal.

Durante o procedimento:

Coloque a roupa limpa na unidade da pessoa.

Recorde que o modo como é preparada a cama tem impacto ao nível do conforto e segurança da pessoa.

Minimize a possibilidade de existirem dobras ou rugas na roupa, bem como o contacto das costuras da mesma (avesso) com a pele da pessoa, dado que interfere com a integridade cutânea, podendo contribuir para o aparecimento de lesões na pele.

Aproveite o momento da preparação da cama para confirmar o estado do material: se o colchão e capa protetora estão em bom estado de conservação e se as grades estão a funcionar, de forma adequada.

Verifique as condições de segurança da cama (confirmar que rodas estão travadas). Sempre que não é necessário deslocar a cama, certifique-se que as rodas devem estar corretamente travadas.

Após o procedimento:

Confirme que a roupa da cama fica bem esticada, sem rugas e seca.

MATERIAL NECESSÁRIO:

Dois lençóis.

Dois resguardos de pano.



Uma colcha e um cobertor (se necessário).


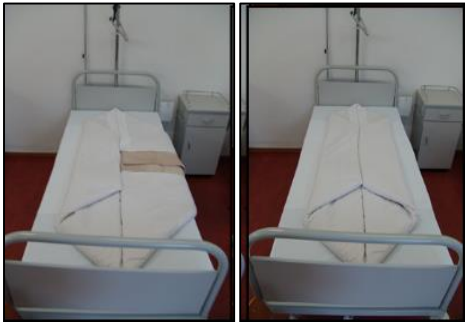
Carro de roupa suja.



Luvras (se necessário).

Soluto de limpeza (se necessário).

PREPARAR A CAMA CIRÚRGICA	
Sequência do procedimento	Fundamentação
1.Providencie a preparação e transporte do carro de roupa limpa para junto da cama.	1.Facilita o procedimento.
2.Realize a higiene das mãos.	2.Previne a contaminação.
3.Leve para junto da cama a roupa a utilizar, tendo o cuidado de não a encostar à farda.	3.Economiza tempo, facilita o procedimento e previne a contaminação
4.Coloque uma cadeira aos pés da cama com as costas voltadas para o lado direito da mesma.	4.Serve de suporte à roupa.
5.Coloque sobre a base da cadeira a roupa a utilizar pela seguinte ordem: a) resguardo; b) colcha; c) cobertor; d) lençol de cima; e) resguardo; f) lençol de baixo.	5.Permite a continuação do procedimento.
6.Posicione-se do lado direito da cama.	6.Permite a continuação do procedimento.
7.Faça a base da cama procedendo como se tratasse da base de uma cama não ocupada.	7.Permite que a roupa fique segura e sem rugas.
8.Pegue no lençol de cima e coloque-o em cima da cama no sentido longitudinal e desdobre-o.	8.Idem
9.Coloque o cobertor a rasar a extremidade superior do colchão esticando-o no sentido da extremidade inferior.	9.Ibidem
10.Coloque a colcha sobre o cobertor e faça uma dobra na colcha. Dobre o cobertor sobre a colcha	10.Continua o procedimento.

PREPARAR A CAMA CIRÚRGICA	
Sequência do procedimento	Fundamentação
<p>de modo que esta fique com cerca de 10 cm a mais na sua dobra.</p>  <p>Fig.1: Procedimento inicial de realização da cama cirúrgica</p>	
<p>11.Proceda à dobra da colcha sobre o cobertor e em bloco volte a colocar a roupa a rasar a extremidade do colchão.</p>	<p>11.Permite que a roupa fique segura.</p>
<p>12.Proceda à dobra da roupa na extremidade inferior da cama, de forma que a dobra de cada peça de roupa fique a rasar a extremidade do colchão e que o lençol cubra o cobertor e a colcha.</p>	<p>12.Idem.</p>
<p>13.Assinale com a mão dominante a extremidade superior da cama, o seu meio. Com a mão não dominante a segurar a ponta da roupa do canto superior direito faça um ângulo de 90° no sentido duma linha imaginária traçada ao meio da cama. Proceda da mesma forma na extremidade inferior da cama.</p>  <p>Fig. 2: Realização da dobra da cama cirúrgica à direita</p>	<p>13.Continua o procedimento.</p>

PREPARAR A CAMA CIRÚRGICA	
Sequência do procedimento	Fundamentação
<p>14.Com as mãos nas extremidades dos ângulos efetuados dobre-as simultaneamente na direção da linha imaginária deixando cerca de 10cm da base da cama a descoberto; tendo em conta a roupa excedente à linha imaginária dobre-a no sentido interno a rasar a mesma.</p>  <p>Fig.3: Continuação do procedimento de realização da cama cirúrgica</p>	<p>14.Idem.</p>
<p>15.Posicione-se no lado esquerdo da cama e proceda da mesma forma.</p>  <p>Fig.4: Sequência de passos para finalização da cama cirúrgica.</p>	<p>15.Ibidem</p>
<p>16.Dobre a roupa em bloco sobre si própria no sentido longitudinal e desloque-a ligeiramente para a extremidade da cama para onde dobrou a roupa em bloco.</p>	<p>16.Permite receber a pessoa ou finalizar o procedimento.</p>

PREPARAR A CAMA CIRÚRGICA	
Sequência do procedimento	Fundamentação
 <p>Fig.5: Abertura da cama cirúrgica</p>	
<p>17.Coloque-se no lado direito da cama pegue no resguardo de pano e dobre-o ao meio no sentido longitudinal e a seguir novamente ao meio no sentido transversal; coloque-o no quadrante superior direito da cama com a parte aberta a rasar a extremidade superior do colchão e enrole o lado mais afastado até ao centro da cama.</p>	<p>17.Protege a roupa da cama perante a ocorrência de vômito.</p>
<p>18.Faça três a quatro pregas uniformes, com a porção do resguardo que ficou no quadrante superior direito do centro para a periferia da cama. Passe para o lado oposto e repita o procedimento para o quadrante superior esquerdo</p>  <p>Fig.6: Pregas do resguardo</p>	<p>18.Termina o procedimento.</p>
<p>19.Volte a colocar a roupa como na Fig. 5.</p>	<p>19.Facilita a transferência da pessoa.</p>
<p>20.Realize a higiene das mãos.</p>	<p>20.Previne a contaminação.</p>

REFERÊNCIAS:

Beddoe, A. E. (15 de janeiro de 2016). *Surgical Bed: Making. Nursing Practice& Skill*. Obtido de Nursing Reference Center: <http://web.a.ebscohost.com/nrc/pdf?vid=6&sid=e0898705-625c-4eda-84bf-9edc8ce4a602%40sessionmgr4010&hid=4204>

Schub, E., & D, P. (9 de maio de 2014). *Curgical Bed: Making*. Obtido de Nursing Reference Center:
<http://web.a.ebscohost.com/nrc/pdf?vid=8&sid=e0898705-625c-4eda-84bf-9edc8ce4a602%40sessionmgr4010&hid=4204>

Edição atualizada e revista de:

Bicho, F., Leal, P., & Cruchinho, P. (2006). Preparar a cama/maca vazia da pessoa/cliente. In Nunes, Lucília & Ruivo, Alice, Manual 2006: Técnicas de Enfermagem. (Vol. III, pp.33-48). Setúbal: Departamento de Enfermagem ESS-IPS.

Norma de Procedimento de Enfermagem

Norma 11. APLICAR AGENTE FÍSICO

Celso Ribeiro, Ana Lúcia Ramos & Andreia Ferrer Cerqueira

DEFINIÇÃO:

Procedimento de enfermagem de carácter interdependente/autónomo que consiste no uso de calor e ou frio em aplicação cutânea, para auxiliar nas funções fisiológicas, através da vasoconstrição e vasodilatação.

OBJETIVOS:

Proporcionar alívio local da dor aguda ou crónica.

Promover conforto.

Aplicação de Frio:

Diminuir o metabolismo basal local, sangramento e hematoma, através da constrição dos vasos sanguíneos.

Diminuir o edema.

Diminuir a dor, devido ao bloqueio dos impulsos dolorosos emitidos pelos recetores nervosos locais.

Reduzir a temperatura corporal.

Diminuir o processo inflamatório.

Aplicação de Calor:

Aumentar o metabolismo celular, produzindo vasodilatação periférica – aumentando a velocidade do fluxo sanguíneo e a área disponível para as trocas líquidas, favorecendo um maior aporte de oxigénio e nutrientes aos tecidos.

Diminuir a dor devido à diminuição dos impulsos nervosos que a estimulam – relaxante para os espasmos musculares.

Melhorar a circulação sanguínea, o movimento e flexibilidade articular.

Elevar a temperatura corporal.

Ajudar na absorção de edemas.

ORIENTAÇÕES PARA A EXECUÇÃO:

Escolha o agente a aplicar mais adequado, atendendo ao objetivo da intervenção, preferências e experiências anteriores da pessoa.

	<i>Aplicação de frio</i>	<i>Aplicação de calor</i>
<i>Efeitos terapêuticos</i>	Permite aliviar a dor muscular, dor óssea, dor artrítica e possibilita a diminuição da dor, da hemorragia, do edema e do hematoma após lesões músculo-esqueléticas.	Permite aliviar a dor visceral (por exemplo cólica renal e dismenorreia), assim como situações de tensão muscular (relaxamento de espasmos musculares). Indicado na fase de reabilitação pós-traumática.
<i>Contraindicações</i>	Dor visceral (por exemplo cólica renal e dismenorreia). Pessoas com neuropatia, pois podem estar incapazes de perceber mudanças perigosas na temperatura da pele; região com edema no local de um ferimento, pois a terapia com frio impede a circulação para a área e evita a absorção do fluido intersticial, pessoas com circulação comprometida.	Dor artrítica, a dor muscular, dor óssea, feridas cirúrgicas, hemorragias, lesões abertas, luxações e trações (antes de 48 horas), presença de fenómenos tromboembólicos, pessoas com hemofilia.
<i>Precauções</i>	Para evitar o surgimento de queimaduras por frio envolva o saco de gelo numa fronha ou toalha e instrua a pessoa para que proceda à sua aplicação por períodos de 15 a 20 minutos.	Confirme se o saco de água quente se encontra completamente vedado de forma a evitar fugas de consequente risco de queimadura. Para reduzir o surgimento de queimaduras envolva o saco de água quente numa fronha ou toalha e instrua a pessoa para que proceda à sua aplicação por períodos de 15 a 20 minutos.

<i>Avaliação dos resultados</i>	Antes e depois da aplicação do saco de gelo, solicite à pessoa que classifique a dor numa escala de 0 a 10 e observe o local do traumatismo de forma a avaliar a evolução do edema e hematoma.	Antes e depois da aplicação do saco de água quente, solicite à pessoa que classifique a dor numa escala de 0 a 10 de forma a comparar os resultados e determinar o grau de eficácia do procedimento.
<i>Documentação dos resultados</i>	Registe e documente os resultados (hora, classificação da dor antes e depois do procedimento, estado da pele e tempo de aplicação).	

Certifique-se se o agente está adequado à região a aplicar (tamanho, largura do dispositivo).

Vigie o estado da pele antes, durante e após a aplicação.

Verifique prescrição e/ou assegure-se que as precauções de utilização relativas à aplicação de agente físico estão asseguradas (por exemplo, em pessoas com alteração da sensibilidade).

Monitorize a dor durante a aplicação do agente.

Não aplique agente físico quando a pessoa está a dormir ou se a pessoa estiver confusa, pois aumenta a probabilidade de complicações.

MATERIAL NECESSÁRIO:

Agente físico: Frio

Saco de gelo, Bolsa térmica de gel, mantas hipotérmicas (Tipos de Frio Seco).

Compressas frias (Tipos de Frio Húmido).

Fronha e/ou toalha para envolver agente.

Escala de avaliação da dor.

Agente físico: Calor

Bolsa de água, e almofadas e/ou mantas térmicas (Tipos de Calor Seco).

Compressas de água quente (Tipos de Calor Húmido).

Fronha e/ou toalha para envolver agente;

Escala de avaliação da dor.

APLICAR AGENTE FÍSICO: FRIO	
Sequência do procedimento	Fundamentação
1. Identifique a pessoa.	1. Confirma a identidade da pessoa.

2.Explique o procedimento à pessoa e solicite o seu consentimento e colaboração.	2.Informa sobre o procedimento e obtém consentimento e colaboração.
3.Realize a higiene das mãos.	3.Preve a contaminação.
4.Providencie a preparação e o transporte do material.	4.Economiza tempo e facilita o procedimento.
5.Verifique as condições exteriores do saco/bolsa, para não ocorrer vazamento.	5.Despista complicações referentes a más condições de segurança do equipamento.
6.Coloque o gelo, sem arestas, dentro do saco/bolsa, até metade da sua capacidade.	6.Permite uma maior capacidade de ajuste ao local a aplicar.
7.Vire a bolsa/saco com a abertura para baixo, certificando-se de que está bem fechada e seca.	7.Despista complicações referentes a más condições de segurança do equipamento.
8.Realize a higiene das mãos.	8.Preve a contaminação.
9.Solicite ou assista a pessoa a posicionar-se em função do local a aplicar o agente.	9.Facilita a execução do procedimento.
10.Observe a área a aplicar.	10.Despista complicações de forma a observar/vigiar a integridade do estado da pele, antes e após a aplicação do agente.
11.Envolve a bolsa com a fronha/toalha e observe se a temperatura através do pano está adequada, colocando a bolsa sobre o dorso da mão, o tempo suficiente para sentir a temperatura da mesma.	11.Despista complicações referentes a eventuais lesões por contacto prolongado a temperaturas demasiado frias.
12.Aplique no local indicado e deixe no local entre 15 a 20 minutos (geralmente a terapia com agente físico frio é aplicada de forma intermitente, ou seja, 15 minutos com o agente seguidos de 15 minutos sem o agente físico frio).	12.Idem.
13.Valide e avalie com a pessoa, as condições da pele no local, 2 ou 3 minutos após a aplicação da bolsa.	13.Ibidem
14.Valide se a pessoa está confortável e certifique-se que a unidade fica organizada.	14.Confere conforto/privacidade à pessoa.

15.Reúna e acondicione adequadamente o material utilizado, esvaziando a bolsa, no final do procedimento.	15.Mantém a unidade limpa e arrumada.
16.Realize a higiene das mãos.	16.Preve a contaminação.
17.Registe e documente os resultados (horário, local de aplicação, tempo de aplicação, dor e reação da pessoa).	17.Confirma o procedimento. Identifica quem realizou o procedimento. Assegura a continuidade dos cuidados.

APLICAR AGENTE FÍSICO: CALOR	
Sequência do procedimento	Fundamentação
1.Identifique a pessoa.	1.Confirma a identidade da pessoa.
2.Explique o procedimento à pessoa e solicite o seu consentimento e colaboração.	2.Informa sobre o procedimento e obtém consentimento e colaboração.
3.Proceda à higiene das mãos.	3.Preve a contaminação.
4.Providencie a preparação e transporte do material.	4.Economiza tempo e facilita o procedimento.
5.Verifique as condições exteriores do saco/bolsa, para não ocorrer vazamento.	5.Despista complicações referentes a eventuais queimaduras por más questões de segurança do equipamento.
6.Coloque a água quente dentro do saco/bolsa, retirando todo o ar do interior da mesma.	6.Permite uma maior preservação da temperatura no interior do saco/bolsa.
7.Vire a bolsa/saco com a abertura para baixo, observar se está bem fechada e seca.	7.Despista complicações referentes a eventuais queimaduras por más questões de segurança.
8.Realize a higiene das mãos.	8.Preve a contaminação.
9.Explique o procedimento à pessoa e peça o seu consentimento e colaboração.	9.Informa a pessoa e obtém o seu consentimento.
10.Solicite e/ou assista a pessoa a posicionar-se em função do local a aplicar o agente.	10.Facilita a execução do procedimento.

11.Observe a área a aplicar.	11.Despista complicações de forma a observar/vigiar a integridade do estado da pele, antes e após a aplicação do agente.
12.Envolve a bolsa com a fronha/toalha, e observe se a temperatura através do pano está adequada, colocando a bolsa sobre o dorso da mão, o tempo suficiente para sentir a temperatura da mesma.	12.Despista complicações referentes a eventuais queimaduras por temperatura demasiado alta.
13.Aplique no local indicado e deixe no local entre 15 a 20 minutos (a aplicação de quente por mais de 45 minutos aumenta o risco de lesão térmica e inibe o processo de cicatrização.	13.Despista complicações referentes a eventuais queimaduras por contacto prolongado a altas temperaturas.
14.Valide e avalie com a pessoa, as condições da pele no local, 2 ou 3 minutos após a aplicação da bolsa.	14.Idem.
15.Certifique-se que a pessoa fica confortável e a unidade organizada.	15.Confere conforto/privacidade à pessoa.
16.Reúna e acondicione adequadamente o material utilizado, esvaziando a bolsa, no final do procedimento.	16.Mantém a unidade limpa e arrumada.
17.Realize a higiene das mãos.	17.Preve a contaminação.
18.Registe e documente os resultados (horário, local de aplicação, tempo de aplicação, dor e reação da pessoa).	18.Confirma o procedimento. Identifica quem realizou o procedimento.

REFERÊNCIAS:

- Schub, T., & Balderrama, D. (15 de julho de 2016). *Heat and Cold Therapy: Aquathermia Pads and Heating Pads - Using. Nursing Practice & Skill*. Obtido de Nursing Reference Center: <http://web.a.ebscohost.com/nrc/pdf?vid=8&sid=2019ee2a-9e81-429b-85cb-173649b0c7cc%40sessionmgr4007&hid=4204>
- Smith, N., & Schub, T. (14 de agosto de 2015). *Heat and Cold Therapy: Applying Cold Compresses, Ice Packs, Ice Bags, and Ice Collars*. Obtido de Nursing Reference Center: <http://web.a.ebscohost.com/nrc/pdf?vid=12&sid=2019ee2a-9e81-429b-85cb-173649b0c7cc%40sessionmgr4007&hid=124>

Walsh, K. (8 de julho de 2016). *Heat and Cold Therapy: Understanding Rationale for Use. Nursing, Practice & Skill*.
Obtido de Nursing Reference Center: <http://web.a.ebscohost.com/nrc/pdf?vid=10&sid=2019ee2a-9e81-429b-85cb-173649b0c7cc%40sessionmgr4007&hid=124>

Edição atualizada e revista de:

Leal, P., & Cruchinho, P. (2006). Guia: Aplicar agentes físicos: calor e frio. In Nunes, Lucília & Ruivo, Alice, Manual 2006: Técnicas de Enfermagem (Vol. III, pp69-70). Setúbal: Departamento de Enfermagem ESS-IPS.

Norma de Procedimento de Enfermagem

Norma 12. APLICAR LIGADURAS

Tatiana Silva, Fátima Frade, Ana Lúcia Ramos & Andreia Ferreri Cerqueira

DEFINIÇÃO:

Procedimento de enfermagem de carácter interdependente/autónomo que consiste em envolver uma determinada superfície corporal da pessoa com uma ligadura de forma firme e ajustada.

OBJETIVOS:

Proporcionar imobilização.

Fazer compressão ou contenção.

Fixar pensos simples/compostos e talas.

ORIENTAÇÕES PARA A EXECUÇÃO:

Antes do procedimento:

Avalie a integridade cutânea para detetar possíveis alterações (edema, maceração, feridas).

Realize o cuidado às feridas, se existentes, protegendo-as com penso.

Selecione uma ligadura que seja adequada em largura, à região a ligar e ao objetivo da mesma.

Decida em relação ao material da ligadura a utilizar: as ligaduras podem ser elásticas (de pequena e grande compressão/contenção), de algodão, de gaze e de gesso.

Tipo de ligadura	Indicação
Ligadura de gaze	Suporte, proteção
Ligadura de algodão	Proteção
Ligadura elástica	Compressão, contenção

Pondere a colocação de algodão ou gaze absorvente entre os dedos, regiões cutâneas fragilizadas e proeminências ósseas, para evitar lesões na pele.

Planeie, de forma adequada, o procedimento, pois para a ligadura do coto de amputação e cabeça podem ser necessários dois elementos.

Assegure-se que a área a ligar se encontra limpa e seca.

Durante o procedimento:

Aplique a ligadura com a superfície a ligar ao nível do tronco ou mais elevada, minimizando a congestão venosa e o edema.

Inicie a ligadura do sentido distal para o proximal.

Mantenha a articulação em posição funcional (ligeira flexão) quando não tiver indicação para imobilizar.

Deixe, sempre que possível, visíveis as extremidades dos membros a ligar, de forma a proceder à avaliação de sinais de compromisso neuro-circulatório (edema, pele fria e pálida, dor, alteração da sensibilidade e da mobilidade).

Existem quatro formas fundamentais de aplicação das ligaduras. A decisão acerca do tipo e técnica de ligadura a aplicar depende da área onde a ligadura vai ser aplicada e da indicação pela qual é realizada.

Técnica de ligadura	Áreas a utilizar	Indicações
<i>Espiral</i>	Áreas cilíndricas do corpo <i>Por exemplo: braço</i>	Contenção, imobilização, sustentação
<i>Espiga ou Espiral Invertida</i>	Áreas cilíndricas que vão aumentando de tamanho <i>Por exemplo: antebraço, coxa</i>	Compressão
<i>Em Leque ou Voltas em Oito</i>	Articulações <i>Por exemplo: punho, tornozelo, joelho, cotovelo</i>	Imobilizar articulações
<i>Recorrente</i>	Áreas arredondadas <i>Por exemplo: coto de amputação³², cabeça ou, por vezes, nos dedos.</i>	Contenção

Após o procedimento:

Verifique se a ligadura não fica demasiado apertada, mas sim ajustada e firmemente aplicada; contudo, em locais de soluções de continuidade a ligadura deverá ficar com menos tensão.

³² Relativamente ao coto de amputação, é necessário promover a compressão, minimizar o edema e moldar o coto para o uso posterior de prótese (Schub & Heering, 2014).

Monitorize, regularmente, os sinais de compromisso neuro-circulatório e a funcionalidade da ligadura: edema, pele fria e pálida, dor, alteração da sensibilidade e da mobilidade.

MATERIAL NECESSÁRIO:

Ligaduras.

Adesivo ou grampo.


Tesoura.

Luvras, se necessário.

APLICAR LIGADURA EM ESPIRAL	
Sequência do procedimento	Fundamentação
1.Providencie a preparação e transporte o material.	1.Economiza tempo e facilitar o procedimento.
2.Realize a higiene das mãos.	2.Previne a contaminação.
3.Explique o procedimento à pessoa e solicite o seu consentimento e colaboração.	3.Informa a pessoa e obtém o seu consentimento.
4.Assista a pessoa a colocar-se na posição de sentada ou deitada, em função do local a ligar.	4.Facilita a execução do procedimento.
5.ObsERVE a área a imobilizar (integridade cutânea, existência de feridas, existência de drenagens, entre outros).	5.Despista complicações de forma a decidir sobre o grau de pressão.
6.Calce luvas, se necessário.	6.Protege o enfermeiro e previne a contaminação.
7.Segure no rolo da ligadura com a mão dominante e a sua extremidade com a mão não dominante, coloque a extremidade da ligadura na face lateral da região a ligar e dê duas circulares, sobrepostas.	7.Inicia o procedimento e impede o deslizamento da mesma.
8.Faça voltas em espiral sobrepondo cada volta anterior em metade ou a dois terços da sua largura.	8.Permite a continuação do procedimento.




Fig. 5: Ligadura do antebraço

 <p>Fig. 5: Ligadura do antebraço</p>	
<p>9.Desenrole gradualmente a ligadura passando-a de uma mão para a outra.</p>	<p>9.Idem.</p>
<p>10.Valide com a pessoa se a ligadura se encontra apertada; verifique a existência de sinais de compromisso neuro-circulatório.</p>	<p>10.Evita complicações e permite gerir a pressão a aplicar na ligadura.</p>
<p>11.Continue a envolver a área a ligar até à região pretendida; termine com duas circulares e corte a ligadura excedente dobrando a extremidade no sentido interno; fixe-a com adesivo ou grampos.</p>	<p>11.Permite a realização correta do procedimento.</p>
<p>12.Verifique a existência de sinais de compromisso neuro-circulatório e alerte a pessoa e o cuidador acerca dos sinais de alarme.</p>	<p>12.Despista complicações e promove o autocuidado.</p>
<p>13.Reúna e acondicione adequadamente o material utilizado.</p>	<p>13.Mantém a unidade limpa e arrumada.</p>
<p>14.Realize a higiene das mãos.</p>	<p>14.Previne a contaminação.</p>
<p>15.Registe e documente os resultados: (data e hora da aplicação da ligadura; objetivos da ligadura e tipo de ligadura utilizada; resultados da avaliação relativos à integridade da pele, dor, sinais de compromisso neuro-circulatório; intervenções realizadas; ensino realizado à pessoa/ cliente e/ou cuidador).</p>	<p>15.Confirma o procedimento. Identifica quem executou. Permite a continuidade dos cuidados.</p>

APLICAR LIGADURA EM ESPIRAL INVERTIDA OU ESPIGA	
Sequência do procedimento	Fundamentação
1.Providencie a preparação e transporte o material.	1.Economiza tempo e facilita o procedimento.
2.Realize a higiene das mãos.	2.Previne a contaminação.
3.Explique o procedimento à pessoa e solicite o seu consentimento e colaboração.	3.Informa a pessoa e obtém o seu consentimento.
4.Assista a pessoa a colocar-se na posição de sentada ou deitada em função do local a ligar.	4.Facilita a execução do procedimento.
5.Observe a área a imobilizar (integridade cutânea, existência de feridas, existência de drenagens, entre outros).	5.Despista complicações de forma a decidir sobre o grau de pressão.
6.Calce luvas, se necessário.	6.Protege o enfermeiro e previne a contaminação.
7.Segure no rolo da ligadura com a mão dominante e a sua extremidade com a mão não dominante, coloque a extremidade da ligadura na face lateral da região a ligar e dê duas circulares, sobrepostas.	7.Inicia o procedimento e impede o deslizamento da mesma.
<p>8.Faça uma volta ascendente e outra descendente, em forma de “oito”, sobrepondo a ligadura pela metade ou a dois terços da mesma, de forma a desenhar um desenho em espiga.</p> <div data-bbox="266 1525 766 1921" data-label="Image"> </div> <p>Fig. 2: Ligadura da perna</p>	8.Permite a continuação do procedimento.



Fig. 3: Ligadura em espiga no antebraço

 <p>Fig. 3: Ligadura em espiga no antebraço</p>	
<p>9.Desenrole gradualmente a ligadura passando-a de uma mão para a outra.</p>	<p>9.Idem.</p>
<p>10.Valide com a pessoa se a ligadura se encontra apertada; verifique a existência de sinais de compromisso neuro-circulatório.</p>	<p>10.Evita complicações e permite decidir sobre a pressão a aplicar na ligadura.</p>
<p>11.Continue a envolver a área a ligar até à região pretendida; termine com duas circulares e corte a ligadura excedente dobrando a extremidade no sentido interno; fixe-a com adesivo ou grampos.</p>	<p>11.Permite a realização correta do procedimento.</p>
<p>12.Verifique a existência de sinais de compromisso neuro-circulatório e alerte a pessoa e o cuidador acerca dos sinais de alarme.</p>	<p>12.Despista complicações e promove o autocuidado.</p>
<p>13.Reúna e acondicione adequadamente o material utilizado.</p>	<p>13.Mantém a unidade limpa e arrumada.</p>
<p>14.Realize a higiene das mãos.</p>	<p>14.Previne a contaminação.</p>
<p>15.Registe e documente os resultados (data e hora da aplicação da ligadura; objetivos da ligadura e tipo de ligadura utilizada; resultados da avaliação relativos à integridade da pele, dor, sinais de compromisso neuro-circulatório; intervenções realizadas; ensino realizado à pessoa e ao cuidador).</p>	<p>15.Confirma o procedimento. Identifica quem executou. Permite a continuidade dos cuidados.</p>


APLICAR LIGADURA RECORRENTE DA CABEÇA OU CAPACETE DE HIPÓCRATES (COM DOIS ELEMENTOS)	
Sequência do procedimento	Fundamentação
1.Providencie a preparação e transporte o material.	1.Economiza tempo e facilita o procedimento.
2.Realize a higiene das mãos.	2.Preve a contaminação.
3.Explique o procedimento à pessoa e solicite o seu consentimento e colaboração.	3.Informa a pessoa e obtém o seu consentimento.
4.Assista a pessoa a colocar-se na posição de sentada ou deitada em função do local a ligar.	4.Facilita a execução do procedimento.
5.ObsERVE a área a imobilizar (integridade cutânea, existência de feridas, existência de drenagens, entre outros).	5.Despista complicações de forma a decidir sobre o grau de pressão.
6.Calce luvas se necessário.	6.Protege o enfermeiro e previne a contaminação.
<p>7.<u>Elemento 1</u>: Segure no rolo da ligadura com a mão dominante e a sua extremidade com a mão não dominante; coloque a extremidade da ligadura na face lateral da região a ligar, faça duas circulares na cabeça e termine na região frontal; fixe a ligadura com a mão não dominante (segurando sempre em todas as voltas), na região frontal, dobrar de forma a fazer uma perpendicular entre a região frontal e occipital, levando a ligadura com a mão dominante até à região occipital e passando pelo centro da cabeça.</p> 	7.Dá continuidade ao procedimento.



Fig. 4: Ligadura da cabeça

<p>8.<u>Elemento 2:</u> fixe a ligadura na região occipital em todas as voltas.</p>	<p>8.Ajuda na execução do procedimento.</p>
<p>9.<u>Elemento 1:</u> traga a ligadura da região occipital para a região frontal lateralmente à primeira volta pelo lado direito e cobrindo metade ou dois terços da mesma.</p>	<p>9.Dá continuidade ao procedimento.</p>
<p>10.<u>Elemento 1:</u> fixe a ligadura na região frontal e repita o procedimento em direção à região occipital pelo lado esquerdo.</p>	<p>10.Idem.</p>
<p>11.<u>Elemento 1:</u> Faça várias recorrentes de forma a cobrir toda a cabeça (estas apresentam-se em forma de “V”) e termine com duas circulares.</p>	<p>11.Ibidem.</p>
<p>12.Verifique a existência de sinais de compromisso neuro-circulatório e alerte a pessoa/ cliente/ cuidador acerca dos sinais de alarme.</p>	<p>12.Despista complicações e promove o autocuidado.</p>
<p>13.Reúna e acondicione adequadamente o material utilizado.</p>	<p>13.Mantém a unidade limpa e arrumada.</p>

14.Realize a higiene das mãos.	14.Preve a contaminação.
15.Registe e documente os resultados: (data e hora da aplicação da ligadura; objetivos da ligadura e tipo de ligadura utilizada; resultados da avaliação relativos à integridade da pele, dor, sinais de compromisso neuro-circulatório; intervenções realizadas; ensino realizado à pessoa e ao cuidador.	15.Confirma o procedimento. Identifica quem executou. Permite a continuidade dos cuidados.

APLICAR LIGADURA RECORRENTE DO COTO DE AMPUTAÇÃO	
Sequência do procedimento	Fundamentação
1.Providencie a preparação e transporte o material.	1.Economiza tempo e facilita o procedimento.
2.Realize a higiene das mãos.	2.Preve a contaminação.
3.Explique o procedimento à pessoa e solicite o seu consentimento e colaboração.	3.Informa a pessoa e obtém o seu consentimento.
4.Assista a pessoa a colocar-se na posição de sentada ou deitada em função do local a ligar.	4.Facilita a execução do procedimento.
5.ObsERVE a área a imobilizar (integridade cutânea, existência de feridas, existência de drenagens, entre outros).	5.Despista complicações de forma a decidir sobre o grau de pressão.
6.Calce luvas, se necessário.	6.Protege o enfermeiro e previne a contaminação.
7.Coloque a ligadura de algodão acima dos terminos do coto, se necessário.	7.Permite almofadar o coto e proteger a sutura, numa fase inicial de tratamento.
8.Coloque a ligadura elástica acima dos terminos do coto. A ligadura deve iniciar-se com uma perpendicular central e de seguida uma sobreposição em "V".	8.Continua o procedimento.
9.Faça as três primeiras voltas recorrentes e as seguintes em oito de forma a cobrir todo o coto.	9.Permite segurar o penso. Facilitar o retorno venoso. Dar firmeza aos tecidos e moldar o coto (forma cónica) para posterior aplicação de prótese;



Fig. 5: Aplicação da ligadura recorrente do coto

<p>10.Continue a envolver a área a ligar até à região pretendida; termine a ligadura de acordo com o tipo de amputação³³ e de acordo com a situação e corte a ligadura excedente dobrando a extremidade no sentido interno; fixe-a com adesivo ou grampos.</p>	<p>10.Permite a realização correta do procedimento.</p>
<p>11.Verifique a existência de sinais de compromisso neuro-circulatório e alerte a pessoa e o cuidador acerca dos sinais de alarme.</p>	<p>11.Despista complicações e promove o autocuidado.</p>
<p>12.Reúna e acondicione adequadamente o material utilizado.</p>	<p>12.Mantém a unidade limpa e arrumada.</p>
<p>13.Realize a higiene das mãos.</p>	<p>13.Previne a contaminação.</p>
<p>14.Registe e documente os resultados (data e hora da aplicação da ligadura; objetivos da ligadura e tipo de ligadura utilizada; resultados da avaliação relativos à integridade da pele, dor, sinais de compromisso neuro-circulatório; intervenções realizadas; ensino realizado à pessoa e ao cuidador.</p>	<p>14.Confirma o procedimento. Identifica quem executou. Permite a continuidade dos cuidados.</p>

³³ A finalização da ligadura com voltas circulares prejudica a circulação (Komusky & Woten, 2015).


APLICAR LIGADURA EM LEQUE OU VOLTAS EM OITO	
Sequência do procedimento	Fundamentação
1.Providencie a preparação e transporte o material.	1.Economiza tempo e facilita o procedimento.
2.Realize a higiene das mãos.	2.Previne a contaminação.
3.Explique o procedimento à pessoa e solicite o seu consentimento e colaboração.	3.Informa a pessoa e obtém o seu consentimento.
4.Assista a pessoa a colocar-se na posição de sentada ou deitada em função do local a ligar.	4.Facilita a execução do procedimento.
5.ObsERVE a área a imobilizar (integridade cutânea, existência de feridas, existência de drenagens, entre outros).	5.Despista complicações de forma a decidir sobre o grau de pressão.
6.Calce luvas se necessário.	6.Protege o enfermeiro e previne a contaminação.
7.Segure no rolo da ligadura com a mão dominante e a sua extremidade com a mão não dominante, coloque a extremidade da ligadura na face lateral da região a ligar. Iniciar a ligadura no centro da articulação e cada volta cruza a anterior, formando um leque.	7.Dá continuidade ao procedimento.
8.Faça uma volta ascendente e outra descendente de forma a fazer um oito e a cobrir toda a região a ligar. 	8.Termina o procedimento.
9.Desenrole gradualmente a ligadura passando-a de uma mão para a outra.	9.Idem.
10.Valide com a pessoa se a ligadura se encontra apertada; verifique a existência de sinais de compromisso neuro-circulatório.	10.Evita complicações e decidir sobre a pressão a aplicar na ligadura.

Fig. 6: Ligadura da articulação do cotovelo

11.Continue a envolver a área a ligar até à região pretendida; termine com duas circulares e corte a ligadura excedente dobrando a extremidade no sentido interno; fixe-a com adesivo ou grampos.	11.Permite a realização correta do procedimento.
12.Verifique a existência de sinais de compromisso neuro-circulatório e alerte a pessoa e o cuidador acerca dos sinais de alarme.	12.Despista complicações e promove o autocuidado.
13.Reúna e acondicione adequadamente o material utilizado.	13.Mantém a unidade limpa e arrumada.
14.Realize a higiene das mãos.	14.Previne a contaminação.
15.Registe e documente os resultados (data e hora da aplicação da ligadura; objetivos da ligadura e tipo de ligadura utilizada; resultados da avaliação relativos à integridade da pele, dor, sinais de compromisso neuro-circulatório; intervenções realizadas; ensino realizado à pessoa e ao cuidador.	15.Confirma o procedimento. Identifica quem executou. Permite a continuidade dos cuidados.

REFERÊNCIAS:

- Kornusky, J., & Woten, M. (24 de junho de 2016). *Amputation Stump: Shrinking and Molding. Nursing Practice & Skill*. Obtido de Nursing Ference Center: <http://web.b.ebscohost.com/nrc/pdf?vid=3&sid=b20995f6-0886-4d1f-badc-05eae985b0a9%40sessionmgr102&hid=123>
- Schub, T. (12 de agosto de 2016). *Elastic Bandage: Applying - Nursing Practice & Skill*. Obtido de Nursing Reference Center: <http://web.b.ebscohost.com/nrc/pdf?vid=6&sid=b20995f6-0886-4d1f-badc-05eae985b0a9%40sessionmgr102&hid=123>
- Smith, N., & D, P. (1 de agosto de 2014). *Elastic Bandage: Applying*. Obtido de Nursing Reference Center: <http://web.b.ebscohost.com/nrc/pdf?vid=8&sid=b20995f6-0886-4d1f-badc-05eae985b0a9%40sessionmgr102&hid=123>

Edição atualizada e revista de:

- Bicho, F., Biscaia, Ma., & Cruchinho, P. (2006). Aplicar Ligaduras. In Nunes, Lucília & Ruivo, Alice, Manual 2006: Técnicas de Enfermagem (Vol. I, pp.173-178). Setúbal: Departamento de Enfermagem ESS-IPS.

PROMOVER MOBILIDADE FÍSICA

Norma 13 Mobilizar a pessoa

Mobilizar a pessoa para um dos lados da cama

Mobilizar a pessoa para cima na cama

Norma 14 Posicionar a pessoa

Posicionar a pessoa em decúbito dorsal

Posicionar a pessoa em fowler e semi fowler

Posicionar a pessoa em decúbito lateral

Posicionar a pessoa em decúbito semi dorsal

Posicionar a pessoa em decúbito semi ventral

Posicionar a pessoa em decúbito ventral

Norma 15 Transferir a pessoa

Transferir a pessoa cama/cadeira

Transferir a pessoa cama/cama; maca-maca

Corrigir o posicionamento na cadeira

Norma 16 Executar movimentos articulares passivos

Mobilizar o pescoço

Mobilizar o antebraço

Mobilizar o punho e os dedos da mão

Mobilizar os membros inferiores

Mobilizar o tornozelo e o pé

Norma 17 Treinar a pessoa a andar com meio auxiliar de marcha

Treinar a pessoa a andar com bengala

Treinar a pessoa a andar com muletas

Treinar a pessoa a andar com andarilho

Norma de Procedimento de Enfermagem

Norma 13. MOBILIZAR A PESSOA NA CAMA

Susana Duarte, Ana Lúcia Ramos & Andreia Ferreri Cerqueira

DEFINIÇÃO:

Procedimento de enfermagem de carácter autónomo que consiste em movimentar a pessoa de um local para outro na cama com o auxílio das mãos e da força corporal e/ou através de equipamento auxiliar.

OBJETIVOS:

Mover a pessoa de um local para outro na cama.

Exercer um esforço mínimo.

Reduzir o risco de lesão músculo-esquelética.

Garantir o conforto e segurança da pessoa.

ORIENTAÇÕES PARA A EXECUÇÃO:

Antes do Procedimento:

Avalie o grau de alteração no autocuidado para a atividade física da pessoa, o ambiente (condições ambientais da unidade: cama travada) e pondere a necessidade de realizar o procedimento com ajuda de outro (s) elemento (s)³⁴.

Ajuste, se possível, a altura da cama de acordo com o seu centro de gravidade e o tipo de procedimento.

Selecione equipamento auxiliar adequado à situação e à pessoa (por exemplo, resguardo de pano).

Garanta a existência de espaço suficiente para manobrar e desempenhar as atividades necessárias.

Use um uniforme que permita liberdade de movimento dos ombros, cintura, anca e membros inferiores.

Use sapatos antiderrapantes, que garantam uma base de apoio estável.

³⁴ Nos procedimentos em que há necessidade de dois elementos é utilizada a designação de **1º Elemento** e de **2º Elemento**, respetivamente para o elemento que é responsável pela realização dos cuidados à pessoa e para o elemento que fornece ajuda.

Durante o Procedimento:

Explique, sempre que possível, todos os procedimentos à pessoa para que esta possa colaborar e participar, facilitando o procedimento e incentivando o autocuidado.

Respeite os princípios da ergonomia e da biomecânica.

Execute os movimentos em bloco quando tiver a ajuda de outro elemento. A sincronização de movimentos é essencial, não só para o sucesso da técnica, mas também para a minimização do esforço e do risco de lesão para os profissionais e para a pessoa³⁵.

Depois do Procedimento:

Certifique-se que a pessoa fica confortável, assistindo e/ou procedendo ao seu posicionamento.

Atenda às questões de segurança (campainha, grades...) quando tal se justifica.

MATERIAL NECESSÁRIO:

Resguardo de tecido (se adequado)

Equipamento auxiliar (se adequado)

MOBILIZAR A PESSOA PARA UM DOS LADOS DA CAMA (1 ELEMENTO)	
Sequência do procedimento	Fundamentação
1.Realize a higiene das mãos.	1.Preve a contaminação.
2.Explique o procedimento à pessoa e estimule-a a ajudar em tudo o que puder.	2.Informa e tranquiliza a pessoa. Obtém o consentimento e a colaboração durante o procedimento.
3.Coloque-se no lado da cama para o qual pretende que a pessoa seja movimentada e baixe a grade de proteção desse lado.	3.Permite iniciar o procedimento.
4.Leve a roupa até aos pés da cama ou mantenha o lençol de cima. No caso da pessoa se encontrar	4.Mantém a privacidade da pessoa.

³⁵ Quando o procedimento é realizado por mais de um elemento, um dos elementos da equipa deve funcionar como líder (o elemento que é responsável pela realização dos cuidados à pessoa) e coordenar o procedimento, dando instruções claras e concisas.

despida, faça uma prega lateral no lençol de cima do lado no qual se encontra.	
5. Solicite à pessoa colaboração ou coloque os membros superiores da pessoa sobre o tórax.	5. Facilita a realização do procedimento e promove a autonomia da pessoa.
6. Coloque-se com uma das pernas à frente da outra e com os pés afastados.	6. Aumenta a estabilidade da base de sustentação.
7. Mantenha as suas costas, o pescoço, a bacia e os pés alinhados. Contraia os músculos abdominais e glúteos, flita os joelhos e baixe a bacia para trazer os braços ao nível da cama.	7. Permite um menor esforço e sem lesões músculo-articulares.
8. Coloque um dos seus braços sob a região escapulo-umeral e cervical da pessoa até apoiar o ombro do lado oposto e o outro sob a região dorsal. Mantenha-se o mais próximo possível da pessoa.	8. Permite movimentar o tronco, ombros e cabeça. Evita lesões músculo-articulares.
9. Movimente o tronco, ombros e cabeça da pessoa até junto de si, transferindo o peso do seu próprio corpo do pé que está à frente para o que está atrás, recuando e fletindo os joelhos. Utilize os músculos dos membros superiores e inferiores para aplicar a força e não os das costas.	9. Reparte o peso do corpo da pessoa e protege a coluna durante a movimentação.
10. Movimente a bacia e o abdómen da pessoa de igual forma, colocando um dos seus braços sob a cintura pélvica e o outro sob o cavado poplíteo.	10. Idem.
11. Movimente os membros inferiores da pessoa, colocando um dos seus braços sob as pernas e sob a região tibiotársica.	11. Ibidem.
12. Posicione a pessoa, se necessário.	12. Proporciona conforto, promove autonomia.
13. Volte a colocar a roupa da cama sobre o lençol de cima, se necessário.	13. Mantém a temperatura corporal da pessoa.
14. Suba as grades de proteção, se necessário.	14. Mantém a segurança da pessoa.
15. Realize a higiene das mãos.	15. Previne a contaminação.

MOBILIZAR A PESSOA PARA UM DOS LADOS DA CAMA (2 ELEMENTOS/SEM RESGUARDO)	
Sequência do procedimento	Fundamentação
1.1º e 2º Elementos: realize a higiene das mãos.	1. Previne a contaminação.
2.1º Elemento: explique o procedimento à pessoa e estimule-a a ajudar em tudo o que puder.	2. Informa e tranquiliza a pessoa; obtém consentimento e a colaboração durante o procedimento.
3.1º Elemento: coloque-se no lado da cama para o qual pretende que a pessoa seja movimentada e baixe a grade de proteção desse lado.	3. Permite iniciar o procedimento.
4.1º e 2º Elementos: leve a roupa até aos pés da cama ou mantenha o lençol de cima no caso de a pessoa se encontrar despida, fazendo uma prega lateral no lençol de cima do lado no qual se encontra.	4. Mantém a privacidade da pessoa.
5.2º Elemento: coloque-se ao lado do 1º elemento.	5. Facilita e realização do procedimento.
6.1º Elemento: solicite colaboração ou coloque os membros superiores da pessoa sobre o tórax.	6. Facilita e realização do procedimento, promove a autonomia.
7.1º e 2º Elementos: coloque uma das suas pernas à frente da outra com os pés afastados.	7. Aumenta a estabilidade da base de sustentação de quem executa o cuidado.
8.1º e 2º Elementos: mantenha as suas costas, o pescoço, a bacia e os pés alinhados; contraia os músculos abdominais e glúteos, flita os joelhos e baixe a bacia para trazer os braços ao nível da cama.	8. Permite um menor esforço e evita lesões músculo-articulares.
9.1º Elemento: coloque um dos seus braços sob a região escapulo-umeral e cervical da pessoa até apoiar o ombro do lado oposto e o outro sob a região dorsal; mantenha-se o mais próximo possível da pessoa.	9. Idem.

10.2º Elemento: coloque um dos seus braços sob a cintura pélvica e outro braço sob o cavado poplíteo; mantenha-se o mais próximo possível da pessoa.	10. Permite movimentar o tronco, ombros e cabeça, evita lesões músculo-articulares.
11.1º e 2º Elementos: movimente a pessoa até junto de si, transferindo o peso do seu próprio corpo do pé que está à frente para o que está atrás. Utilize os músculos dos membros superiores e inferiores para aplicar a força e não os das costas.	11. Reparte o peso do corpo da pessoa e protege a coluna de quem executa os cuidados, durante a movimentação.
12.1º e 2º Elementos: posicione a pessoa, se necessário.	12. Proporciona conforto, promove a autonomia.
13.2º Elemento: regresse ao lado oposto da cama.	13. Permite a continuidade do procedimento.
14.1º e 2º Elementos: volte a colocar a roupa da cama sobre o lençol de cima, se necessário.	14. Mantém a temperatura corporal da pessoa.
15.1º e 2º Elementos: suba as grades de proteção se necessário.	15. Mantém a segurança da pessoa.
16.1º e 2º Elementos: realize a higiene das mãos.	16. Previne a contaminação.

MOBILIZAR A PESSOA NA CAMA PARA UM DOS LADOS DA CAMA (2 ELEMENTOS/COM RESGUARDO)	
Sequência do procedimento	Fundamentação
1.1º e 2º Elementos: realize a higiene das mãos.	1. Previne a contaminação.
2.1º Elemento: explique o procedimento à pessoa e estimule-a a ajudar em tudo o que puder.	2. Informa e tranquiliza a pessoa; obtém o consentimento e a colaboração durante o procedimento.
3.1º e 2º Elementos: coloque-se num dos lados da cama e baixe a grade de proteção.	3. Permite iniciar o procedimento.
4.1º e 2º Elementos: leve a roupa até aos pés da cama ou mantenha o lençol de cima, no caso da	4. Mantém a privacidade da pessoa.

<p> pessoa se encontrar despida; faça uma prega lateral no lençol de cima.</p>	
<p>5.1º Elemento: coloque os membros superiores da pessoa sobre o tórax.</p>	<p>5.Facilita a realização do procedimento.</p>
<p>6.1º e 2º Elementos: desentale o resguardo da cama e enrole-o até ao corpo da pessoa.</p>	<p>6.Idem.</p>
<p>7.1º e 2º Elementos: coloque uma das suas pernas à frente da outra com os pés afastados; mantenha as suas costas, o pescoço, a bacia e os pés alinhados; contraia os músculos abdominais e glúteos, flita os joelhos e baixe a bacia para trazer os braços ao nível da cama.</p>	<p>7.Mantém a proximidade de cada um dos elementos à pessoa.</p>
<p>8.1º e 2º Elementos: segure na extremidade do resguardo, colocando uma das mãos ao nível da região escapulo-umeral e a outra ao nível da região trocanteriana da pessoa.</p>	<p>8.Permite um menor esforço e evita lesões músculos-articulares de quem executa o procedimento.</p>
<p>9.1º Elemento: movimente a pessoa até junto de si com o resguardo, transferindo o peso do próprio corpo de um pé para outro, fletindo os joelhos, evitando rotações do tronco e utilizando os músculos dos membros superiores e inferiores. 2º Elemento: simultaneamente, realize este passo com o outro elemento, aliviando a tração exercida pelo peso da pessoa na cama. Os 2 elementos devem utilizar os músculos dos membros superiores e inferiores e não os das costas.</p>	<p>9.Permite movimentar a pessoa, repartindo uniformemente o seu peso pelos dois elementos; minimiza a fricção e reduz o risco de lesões músculo-articulares; protege a coluna durante a movimentação.</p>
<p>10.1º e 2º Elementos: volte a entalar o resguardo sob a cama e posicione a pessoa, se necessário.</p>	<p>10.Permite a realização correta do procedimento.</p>
<p>11.1º e 2º Elementos: volte a colocar a roupa da cama sobre o lençol de cima, se necessário.</p>	<p>11.Mantém a temperatura corporal da pessoa. Promove o conforto.</p>

12.1º e 2º Elementos: suba as grades de proteção, se necessário.	12. Promove a segurança.
13.1º e 2º Elementos: realize a higiene das mãos.	13. Previne a contaminação.

MOBILIZAR A PESSOA PARA CIMA NA CAMA (2 ELEMENTOS/SEM RESGUARDO)	
Sequência do procedimento	Fundamentação
1.1º e 2º Elementos: realize a higiene das mãos.	1. Previne a contaminação.
2.1º Elemento: explique o procedimento à pessoa e estimule-a a ajudar em tudo o que puder.	2. Informa e tranquiliza a pessoa; obtém o consentimento e a colaboração durante o procedimento.
3.1º Elemento: baixe a cabeceira da cama e a grade de proteção desse lado.	3. Diminui a resistência ao procedimento.
4.2º Elemento: mantenha-se do lado oposto do leito e baixe a grade de proteção do seu lado.	4. Permite a realização adequada do procedimento; mantém a segurança da pessoa.
5.1º Elemento: retire a almofada e encoste-a à cabeceira da cama.	5. Diminui a resistência ao procedimento.
6.1º e 2º Elementos: leve a roupa até aos pés da cama ou mantenha o lençol de cima, no caso da pessoa se encontrar despida; faça uma prega lateral no lençol de cima do lado no qual se encontra.	6. Facilita a movimentação da pessoa.
7.1º Elemento: solicite colaboração da pessoa para segurar o trapézio da cama com as mãos ou, se a mesma não for capaz, coloque os membros superiores da pessoa sobre o tórax.	7. Facilita a movimentação da pessoa, promove a autonomia.
8.1º Elemento: solicite à pessoa que flita os membros inferiores e que mantenha os joelhos unidos, para elevar os glúteos ou, se a mesma não for capaz, proceda à extensão e alinhamento dos membros inferiores.	8. Promove a autonomia da pessoa. Facilita a movimentação da pessoa.

9.1º e 2º Elementos: afaste as suas pernas de forma a manter os pés ao mesmo nível.	9. Aumenta a estabilidade da base de sustentação.
10.1º e 2º Elementos: mantenha as suas costas, o pescoço, a bacia e os pés alinhados; contraia os músculos abdominais de glúteos, flita os joelhos e baixe a bacia para trazer os braços ao nível da cama.	10. Idem.
11.1º Elemento: coloque um dos seus braços sobre a região escapulo-umeral e pescoço da pessoa até apoiar o ombro do lado oposto e o outro sob a cintura pélvica; mantenha-se o mais próximo possível da pessoa.	11. Permite um menor esforço e sem lesões músculo-articulares.
12.2º Elemento: proceda como o primeiro elemento se a pessoa é capaz de fletir os membros inferiores, mantendo os joelhos unidos e elevando os glúteos. Se a pessoa não for capaz, com os membros inferiores em extensão e alinhados, coloque um dos seus braços sob a região dorsal e outro braço sob o cavado políteo.	12. Idem.
13.1º e 2º Elementos: movimente a pessoa para cima transferindo o peso do próprio corpo de um pé para o outro, fletindo os joelhos e evitando rotações do tronco; realize este passo simultaneamente com o outro elemento. Utilize os músculos dos membros superiores e inferiores para aplicar a força e não os das costas.	13. Reparte o peso do corpo da pessoa e protege a coluna durante a movimentação.
14.1º e 2º Elementos: volte a colocar a roupa da cama sobre o lençol de cima, se necessário.	14. Promove o conforto.
15.1º e 2º Elementos: suba as grades de proteção, se necessário.	15. Mantém a segurança da pessoa.
16.1º e 2º Elementos: Realize a higiene das mãos.	16. Previne a contaminação.

MOBILIZAR A PESSOA PARA CIMA NA CAMA (2 ELEMENTOS/COM RESGUARDO)	
Sequência do procedimento	Fundamentação
1.1º e 2º Elementos: realize a higiene das mãos.	1. Previne a contaminação.
2.1º Elemento: explique o procedimento à pessoa e estimule-a a ajudar em tudo o que puder.	2. Informa e tranquiliza a pessoa; obtém o consentimento e a colaboração durante o procedimento.
3.1º Elemento: baixe a cabeceira da cama e a grade de proteção desse lado.	3. Diminui a resistência ao procedimento.
4.2º Elemento: mantenha-se do lado oposto do leito e baixe a grade de proteção do seu lado.	4. Permite a realização adequada do procedimento; mantém a segurança da pessoa.
5.1º Elemento: retire a almofada e encoste-a à cabeceira da cama.	5. Diminui a resistência ao procedimento.
6.1º e 2º Elementos: leve a roupa até aos pés da cama ou mantenha o lençol de cima, no caso da pessoa se encontrar despida; faça uma prega lateral no lençol de cima do lado no qual se encontra.	6. Facilita a movimentação da pessoa; mantém a privacidade.
7.1º Elemento: solicite colaboração da pessoa para segurar o trapézio da cama com as mãos ou coloque os membros superiores da pessoa sobre o tórax.	7. Facilita a movimentação da pessoa; promove a autonomia.
8.1º 2º Elementos: desentale o resguardo da cama e enrole-o até ao corpo da pessoa.	8. Permite um menor esforço e sem lesões músculo-articulares.
9.1º 2º Elementos: agarre na extremidade do resguardo, colocando uma das mãos ao nível da região escapulo-umeral e a outra ao nível da região trocanteriana.	9. Reparte o peso a pessoa uniformemente pelos dois elementos.
10.1º e 2º Elementos: afaste as suas pernas de forma a manter os pés ao mesmo nível.	10. Aumenta a estabilidade da base de sustentação.

11.1º e 2º Elementos: mantenha as suas costas, o pescoço, a bacia e os pés alinhados; contraia os músculos abdominais de glúteos, flita os joelhos e baixe a bacia para trazer os braços ao nível da cama.	11.Idem.
12.1º e 2º Elementos: movimente a pessoa para cima com o resguardo, transferindo o peso do próprio corpo de um pé para o outro, fletindo os joelhos e evitando rotações do tronco; realize este passo simultaneamente com o outro elemento. Utilize os músculos dos membros superiores e inferiores para aplicar a força e não os das costas.	12.Reparte o peso do corpo da pessoa pelos dois elementos; permite um menor esforço e sem lesões músculo-articulares.
13.1º e 2º Elementos: volte a entalar a roupa da cama sobre o lençol de cima, se necessário.	13.Promove o conforto.
14.1º e 2º Elementos: volte a colocar a roupa da cama sobre o lençol de cima, se necessário.	14.Idem.
15.1º e 2º Elementos: suba as grades de proteção, se necessário.	15.Mantém a segurança da pessoa.
16.1º e 2º Elementos: realize a higiene das mãos.	16.Preveine a contaminação.

REFERÊNCIAS:

- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia Orientador de Boa Prática: Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade - Posicionamentos, Transferências e Treino de Deambulação*. Obtido de Ordem dos Enfermeiros: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/gobp_mobilidade_vf_site.pdf
- Schub, T., & Smith, N. (10 de junho de 2016). *Moving a Patient Up in Bed*. Obtido de Nursing Reference Center: <http://web.b.ebscohost.com/nrc/pdf?vid=11&sid=b20995f6-0886-4d1f-badc-05eae985b0a9%40sessionmgr102&hid=123>

Edição atualizada e revista de:

- Ferreira, M., Leal, P., & Cruchinho, P. (2006). Mobilizar pessoa/cliente na cama. In Nunes, Lucília & Ruivo, Alice, Manual 2006: Técnicas de Enfermagem (Vol. I, pp357-367). Setúbal: Departamento de Enfermagem ESS-IPS.

Norma de Procedimento de Enfermagem

Norma 14. POSICIONAR A PESSOA DEPENDENTE

Hugo Franco, Tatiana Silva, Ana Lúcia Ramos & Andreia Ferreri Cerqueira

DEFINIÇÃO:

Procedimento de enfermagem de carácter autónomo que consiste em posicionar no leito a pessoa com dependência no autocuidado respeitando o alinhamento dos diferentes segmentos do corpo.

Existem cinco posicionamentos fundamentais:

- 1) Decúbito Dorsal, Fowler e Semi-Fowler - tipo de posicionamento no qual a pessoa se encontra deitada sobre a região posterior do corpo.
- 2) Decúbito Semi Dorsal - tipo de posicionamento no qual a pessoa se encontra deitada sobre a parte posterior de um hemicorpo, apoiada em almofadas.
- 3) Decúbito Lateral - tipo de posicionamento no qual a pessoa se encontra deitada sobre um dos lados do corpo.
- 4) Decúbito Ventral - tipo de posicionamento no qual a pessoa se encontra deitada sobre a parte anterior do tórax.
- 5) Decúbito Semi Ventral - tipo de posicionamento no qual a pessoa se encontra deitada sobre a parte anterior do hemitórax, apoiado em almofadas.

OBJETIVOS:

Manter a integridade cutânea e músculo-esquelética.

Prevenir a estase pulmonar e a estase venosa.

Prevenir alterações vesicais e/ou intestinais.

Promover conforto e bem-estar.

Promover autonomia.

ORIENTAÇÕES PARA A EXECUÇÃO:

Antes do procedimento:

Consulte o processo clínico e o processo de enfermagem para conhecer o estado clínico e para identificar o grau de dependência da pessoa³⁶, assim como outros dados;

Identifique hábitos anteriores de posicionamento e respeite as preferências da pessoa sempre que possível;

Assegure-se que a pessoa está hemodinamicamente estável e sem dor. Se a pessoa tiver dor, antes de posicionar, administre analgesia prescrita.

Planeie, de forma adequada, o posicionamento a realizar. O posicionamento em decúbito dorsal, fowler, semi-fowler, lateral e semi-dorsal pode ser realizado com um ou dois elementos; o posicionamento em decúbito semi-ventral pode ser realizado com dois ou três elementos; o procedimento a três elementos só se realiza se a pessoa necessitar de apoio da cabeça no momento de ser posicionada de decúbito dorsal para o semi-ventral, caso contrário o procedimento é feito a dois elementos.

Retire todas as almofadas (incluindo a da cabeça se não houver contraindicações) antes de iniciar um novo posicionamento. Atenda à segurança, libertando todas as drenagens e linhas de infusão (solicite ajuda de outro profissional se necessário);

Pondere, dependendo das necessidades da pessoa, utilizar dispositivos auxiliares ao posicionamento, como almofadas de gel, almofadas de espuma, botas terapêuticas.

Durante o procedimento:

Respeite a privacidade/intimidade da pessoa (cortinas/biombos/roupa). Se os familiares da pessoa estiverem presentes, identifique as suas necessidades e decida, em conjunto com a pessoa, a sua integração nos cuidados. Em algumas situações poderá ser adequado solicitar que se ausentem, salvaguardando a privacidade da pessoa;

Incentive a pessoa para o autocuidado e ajuste a quantidade de almofadas/rolos à situação e ao nível de dependência da pessoa;

Respeite o alinhamento corporal e as amplitudes articulares em todos os posicionamentos, mobilizando adequadamente conhecimentos de anatomofisiologia, ergonomia e mecânica corporal;

Utilize o equipamento de proteção ajustado a cada situação (contaminação ou exposição a fluídos orgânicos);

Mobilize a pessoa de forma segura com movimentos suaves e firmes, tendo em conta as suas queixas/limitações articulares (nunca arraste a pessoa, evitando lesões na pele por fricção). Na

³⁶ Independente (quando a pessoa é capaz de se posicionar sem ajuda do enfermeiro); parcialmente dependente (quando a pessoa necessita de ajuda parcial no posicionamento); e totalmente dependente (quando a pessoa necessita de ajuda total no posicionamento). Sugere-se, quando adequado, a aplicação da escala de força muscular COUNCIL (0 a 5).

movimentação da pessoa, utilize o resguardo (ou transferes) para diminuir os efeitos da fricção e reduza todos os atritos desnecessários e que podem levar a complicações importantes, como costuras da roupa, botões, vincos, humidade;

Evite o contacto direto entre a pele da pessoa e os dispositivos médicos, como tubos e sistemas de drenagens;

Observe e hidrate (sem massajar) as zonas de proeminência óssea em cada alternância de decúbito;

Entre a alternância de decúbitos pode mobilizar a pessoa sem alterar o posicionamento, favorecendo a circulação sanguínea, mantendo a amplitude articular e proporcionando alívio das zonas de pressão;

Se a pessoa está algaliada transfira o saco coletor (com válvula anti refluxo) para o lado para o qual a pessoa vai ser voltada, mantendo o tubo visível durante o posicionamento. Coloque o saco no suporte, facilitando a drenagem de urina da bexiga para o saco.

Após o procedimento:

Avalie, regularmente, a pessoa e reposicione de acordo com cada situação;

MATERIAL NECESSÁRIO:

Creme hidratante;

Almofadas de vários tamanhos;


Colchões e almofadas para alívio de pressão (por exemplo colchões de pressão alternada e almofadas de silicone);

Material de proteção (se necessário);



Outro material: sacos de areia, rolos, suporte de pés, entre outros.

POSICIONAR PESSOA DEPENDENTE: EM DECÚBITO DORSAL ³⁷	
Sequência do procedimento	Fundamentação
1. Identifique a pessoa.	1. Confirma a identidade da pessoa.
2. Explique o procedimento à pessoa e solicite o seu consentimento e colaboração.	2. Informa sobre o procedimento e obtém consentimento e colaboração.
3. Realize a higiene das mãos.	3. Previne a contaminação.

³⁷ Finalidade: promove conforto, melhora a oxigenação, promove o alinhamento corporal, melhora a relação interpessoal, permitindo ainda o fácil acesso à parte anterior do corpo para avaliação e execução de procedimentos clínicos.

4.Reúna o material necessário e transporte-o para junto da pessoa, colocando-o na cadeira de apoio devidamente higienizada.	4.Economiza tempo e facilita procedimento, previne a contaminação.
5.Realize a higiene das mãos e coloque o equipamento de proteção ajustado à situação.	5.Previne a contaminação.
6.Assista a pessoa a colocar-se no centro da cama em posição supina. Alinhe bilateralmente os ombros, a bacia e os joelhos, mantendo a coluna alinhada.	6.Inicia o procedimento.
7.Assista a pessoa a colocar a cabeça, o pescoço e a cintura escapular sobre a almofada ³⁸ .	7.Proporciona conforto, mantém o alinhamento adequado da coluna cervical e evita tensões.
8.Assista a pessoa a colocar os membros inferiores em ligeira abdução. Coloque um rolo na região trocanteriana.	8.Evita a rotação externa da articulação coxofemoral.
<p>9. Assista a pessoa a colocar os membros superiores com a articulação do ombro em extensão e ligeira abdução, pronação do antebraço, mão alinhada com o antebraço e em posição funcional (ligeira dorsiflexão do punho). Se necessário, coloque o antebraço sobre uma almofada.</p>  <p>Fig.1: Colocação dos membros superiores.</p>	9.Mantém o alinhamento corporal, evita a flexão ou hiperextensão do punho, previne o edema.
10.Em alternativa, assista a pessoa a colocar um ou os dois membros superiores em abdução a 90°, flexão da articulação do cotovelo, rotação externa da articulação do ombro, mão em posição funcional, apoiada numa almofada se necessário. A articulação	10.Idem.

³⁸ A almofada deve ter o tamanho adequado de forma a evitar, quer a flexão, quer a hiperextensão da região cervical.

<p>do punho deve ficar em extensão, com ligeira flexão e abdução dos dedos da mão.</p>  <p>Fig.2: Colocação dos membros superiores.</p>	
<p>11.Assista a pessoa a colocar os joelhos ligeiramente fletidos, utilizando o plano inferior da cama ou em alternativa colocando uma almofada na região poplíteia. Coloque sob a articulação tibiotársica um rolo ou uma pequena almofada. Assista a pessoa a apoiar os pés num suporte de pés (almofada se este não existir).</p>  <p>Fig.3: Colocação dos membros inferiores.</p>	<p>11.Previne atrofas musculares, mantém a curvatura fisiológica do joelho. Mantém a posição anatómica da articulação tibiotársica (previne pé equino). Evita zonas de pressão nos calcâneos.</p>
<p>12.Coloque-se aos pés da cama, observe a pessoa e verifique o seu alinhamento corporal.</p>	<p>12. Confirma o correto alinhamento corporal.</p>
<p>13.Realize a higiene das mãos.</p>	<p>13.Previne a contaminação.</p>
<p>14.Registe e documente os resultados (data; tempo de permanência no posicionamento anterior; avaliação de sinais vitais; avaliação da pele; tolerância ao posicionamento; eventos inesperados e intervenções realizadas, nomeadamente os ensinamentos).</p>	<p>14.Confirma o procedimento, identifica quem o executou e promove a continuidade dos cuidados.</p>

POSICIONAR PESSOA DEPENDENTE: EM FOWLER E SEMI-FOWLER ³⁹	
Sequência do procedimento	Fundamentação
1. Identifique a pessoa.	1. Confirma a identidade da pessoa.
2. Explique o procedimento à pessoa e solicite o seu consentimento e colaboração.	2. Informa sobre o procedimento e obtém consentimento e colaboração.
3. Realize a higiene das mãos.	3. Previne a contaminação.
4. Reúna o material necessário e transporte-o para junto da pessoa, colocando-o na cadeira de apoio devidamente higienizada.	4. Economiza tempo e facilita procedimento, previne a contaminação.
5. Realize a higiene das mãos e coloque o equipamento de proteção ajustado à situação.	5. Previne a contaminação.
6. Assista a pessoa a colocar-se no centro da cama em posição supina; alinhe bilateralmente os ombros, a bacia e os joelhos, mantendo a coluna alinhada.	6. Inicia o procedimento.
7. Assista a pessoa a colocar a cabeça, o pescoço e a cintura escapular sobre a almofada ⁴⁰ .	7. Proporciona conforto, mantém o alinhamento da coluna cervical e evita tensões.
8. Eleve o plano inferior da cama ou coloque uma almofada sob a região poplíteia e apoie os pés num suporte de pés – ou almofada se este não existir.	8. Previne atrofias musculares, mantém a curvatura fisiológica do joelho. Evita as zonas de pressão nos calcâneos, mantém a posição anatómica da articulação tibiotársica e previne o pé equino.
9. Eleve a cabeceira da cama a 90° se pretender posicionar a pessoa em fowler.	9. Respeita o posicionamento.
10. Eleve a cabeceira da cama de 45° a 60° se pretender posicionar a pessoa em semi-fowler.	10. Idem.
11. Assista a pessoa a colocar os membros superiores com a articulação do ombro em extensão	11. Mantém o alinhamento corporal e evita a flexão ou a hiperextensão do punho.

³⁹ Finalidade: promove conforto, melhora a oxigenação, promove o alinhamento corporal, melhora a relação interpessoal, promove a autonomia, permitindo ainda o fácil acesso à parte anterior do corpo para avaliação e execução de procedimentos clínicos.

⁴⁰ A almofada deve ter o tamanho adequado de forma a evitar, quer a flexão, quer a hiperextensão da região cervical. Mantém o alinhamento da coluna cervical.

e ligeira abdução, com pronação do antebraço, com a mão alinhada com o antebraço em posição funcional. Se necessário, coloque o antebraço sobre uma almofada.	
12. Coloque-se aos pés da cama, observe a pessoa e verifique o seu alinhamento corporal.	12. Confirma o correto alinhamento corporal.
13. Realize a higiene das mãos.	13. Previne a contaminação.
14. Registe e documente os resultados (data; tempo de permanência no posicionamento anterior; avaliação de sinais vitais; avaliação da pele; tolerância ao posicionamento; eventos inesperados e intervenções realizadas, nomeadamente os ensinamentos).	14. Confirma o procedimento e identifica quem executou

POSICIONAR PESSOA DEPENDENTE: EM DECÚBITO LATERAL⁴¹	
Sequência do procedimento	Fundamentação
1. Identifique a pessoa.	1. Confirma a identidade da pessoa.
2. Explique o procedimento à pessoa e solicite o seu consentimento e colaboração.	2. Informa sobre o procedimento e obtém consentimento e colaboração.
3. Realize a higiene das mãos.	3. Previne a contaminação.
4. Reúna o material necessário e transporte-o para junto da pessoa, colocando-o na cadeira de apoio devidamente higienizada.	4. Economiza tempo e facilita procedimento, previne a contaminação.
5. Realize a higiene das mãos.	5. Previne a contaminação.
6. Coloque ou assista a pessoa a deslocar-se para o lado oposto àquele para o qual vai ser voltado.	6. Facilita a realização do procedimento.
7. Coloque a almofada da cabeça de forma a apoiar unicamente a cabeça e o pescoço.	7. Facilita o procedimento.

⁴¹ Finalidade: promove conforto, previne úlcera de pressão, promove o alinhamento corporal, melhora a relação interpessoal, permitindo ainda o fácil acesso à parte posterior do corpo para avaliação e execução de procedimentos de enfermagem e médicos).




8.Coloque o membro superior, do lado para o qual vai ser voltado, em abdução da articulação do ombro e extensão da articulação do cotovelo.	8.Evita que a pessoa fique sobre o membro superior quando é voltada.
9.Coloque uma ou duas almofadas grandes sobre a cama ao nível do tronco e outra ao nível do membro inferior que acompanha desde a raiz da coxa até ao pé; no lado para onde vai voltar a pessoa	9.Proporciona apoio aos membros superiores e inferiores depois de voltar a pessoa.
10.Coloque o membro superior, do outro lado, sobre o abdómen e cruze o membro inferior mais afastado sobre o mais próximo - se não houver qualquer contraindicação.	10.Facilita o movimento de voltar a pessoa, uma vez que parte do peso corporal, é transferido na direção para a qual vai ser voltado.
11.Coloque uma das mãos sob a região escapulo-umeral e a outra sob a região trocanteriana, volte a pessoa para o lado para o qual vai ser posicionada. Ajuste se necessário a almofada da cabeça.	11.Permite a realização do procedimento.
12.Confirme se o membro superior junto à cama mantém abdução da articulação do ombro e extensão da articulação do cotovelo. Em alternativa pode colocar o membro superior em abdução da articulação do ombro com flexão da articulação do cotovelo, antebraço em supinação, apoiado, se necessário, numa almofada. 	12.Evita que o peso do corpo exerça pressão nos tecidos moles e dificulte a circulação ou lese os nervos.
13.Coloque o outro membro superior apoiado na almofada, em flexão a 90° da articulação do ombro e extensão, ou flexão a 90° da articulação do cotovelo.	13.Preve a adução horizontal e a rotação interna do ombro e facilita a expansão pulmonar.
Coloque o membro inferior que fica junto à cama, em ligeira flexão da articulação coxofemoral e joelho.	Mantém o alinhamento corporal.


Fig.4: Colocação dos membros superiores

Articulação tibiotársica em posição neutra, com o pé apoiado na cama.	
<p>14.Coloque o membro inferior que fica em cima sobre uma almofada, com flexão a 90° da coxofemoral e do joelho e articulação tibiotársica em posição neutra, com o pé apoiado na almofada.</p>  <p>Fig.5: Colocação do membro inferior.</p>	<p>14.Evita a adução horizontal da articulação coxofemoral, reduz a pressão nas proeminências ósseas do joelho, previne a inversão do pé e a flexão plantar da tibiotársica.</p>
<p>15.Coloque-se aos pés da cama, observe a pessoa e verifique o alinhamento corporal de todos os segmentos do corpo.</p>	<p>15.Confirma o correto alinhamento corporal.</p>
<p>16.Realize a higiene das mãos.</p>	<p>16.Previne a contaminação.</p>
<p>17.Registe e documente os resultados (data; tempo de permanência no posicionamento anterior; avaliação de sinais vitais; avaliação da pele; tolerância ao posicionamento; eventos inesperados e intervenções realizadas, nomeadamente os ensinos).</p>	<p>17.Confirma o procedimento e identifica quem executou.</p>

POSICIONAR PESSOA DEPENDENTE: EM DECÚBITO SEMI DORSAL ⁴²	
Sequência do procedimento	Fundamentação
1.Identifique a pessoa.	1.Confirma a identidade da pessoa.
2.Explique o procedimento à pessoa e solicite o seu consentimento e colaboração.	2.Informa sobre o procedimento e obtém consentimento e colaboração.
3.Realize a higiene das mãos.	3.Previne a contaminação.
4.Reúna o material necessário e transporte-o para junto da pessoa, colocando-o na cadeira de apoio devidamente higienizada.	4.Economiza tempo e facilita procedimento, previne a contaminação.


⁴² Finalidade: promove conforto, previne úlcera de pressão, promove o alinhamento corporal, melhora a relação interpessoal, permitindo ainda o fácil acesso à parte anterior do corpo para avaliação e execução de procedimentos de enfermagem e médicos).

5.Realize a higiene das mãos.	5.Preve a contaminação.
6.Coloque ou assista a pessoa a deslocar-se para o lado oposto àquele para o qual vai ser voltado.	6.Facilita a realização do procedimento.
7.Coloque a almofada da cabeça de forma a apoiar unicamente a cabeça e o pescoço.	7.Facilita a realização do procedimento.
8.Coloque o membro superior, do lado para o qual vai ser voltado, em abdução da articulação do ombro e extensão da articulação do cotovelo.	8.Evita que a pessoa fique sobre o membro superior quando é voltada.
9.Coloque o membro superior, do outro lado sobre o abdómen e cruze o membro inferior mais afastado sobre o mais próximo - se não houver qualquer contraindicação.	9.Facilita o movimento de voltar a pessoa, dado que parte do peso corporal é transferida para o lado para o qual vai ser voltada
10.Coloque uma das mãos sob a região escapulo-umeral e a outra sob a região trocanteriana; volte a pessoa para o lado para o qual vai ser posicionada. Ajuste se necessário a almofada da cabeça.	10.Permite a realização do procedimento.
11.Coloque uma almofada a apoiar o tronco, libertando a região sagrada.	11.Mantém o alinhamento corporal. Proporciona conforto.
12.Coloque o membro inferior que fica em cima em extensão apoiado numa almofada, desde a raiz da coxa até à articulação tibiotársica.	12.Proporciona conforto e mantém a integridade articular.
<p>13.Coloque o membro superior do lado do decúbito em ligeira abdução e rotação interna da escapulo-umeral, a mão apoiada na cama ou flexão do cotovelo, antebraço em supinação e mão em extensão apoiada em almofada.</p>  <p>Fig.6: Colocação do membro superior</p>	13.Proporciona conforto e mantém a integridade articular.

<p>14.Coloque o membro inferior junto à cama em ligeira flexão das articulações coxofemoral e do joelho. Confirme se o membro superior junto à cama mantém abdução da articulação do ombro e extensão a articulação do cotovelo. Em alternativa pode colocar o membro superior em abdução da articulação do ombro com flexão da articulação do cotovelo, antebraço em supinação, apoiado se necessário numa almofada.</p>  <p>Fig.7: Colocação dos membros inferiores</p>	<p>14.Proporciona conforto e mantém a integridade articular.</p>
<p>15.Coloque-se aos pés da cama, observe a pessoa e verifique o seu alinhamento corporal.</p>	<p>15.Confirma o correto alinhamento corporal.</p>
<p>16.Realize a higiene das mãos.</p>	<p>16.Previne a contaminação.</p>
<p>17.Registe e documente os resultados (data; tempo de permanência no posicionamento anterior; avaliação de sinais vitais; avaliação da pele; tolerância ao posicionamento; eventos inesperados e intervenções realizadas, nomeadamente os ensinamentos).</p>	<p>17.Confirma o procedimento e identifica quem executou e promove a continuidade dos cuidados.</p>

POSICIONAR PESSOA DEPENDENTE: EM DECÚBITO SEMI VENTRAL⁴³ (A TRÊS ELEMENTOS)	
Sequência do procedimento	Fundamentação
1. Identifique a pessoa	1. Confirma a identidade da pessoa.
2. Explique o procedimento à pessoa e solicite o seu consentimento e colaboração.	2. Informa sobre o procedimento e obtém consentimento e colaboração.
3. Realize a higiene das mãos.	3. Previne a contaminação.

⁴³ Finalidade: promove conforto, previne úlcera de pressão, promove o alinhamento corporal, melhora a relação interpessoal, permitindo ainda o fácil acesso à parte posterior do corpo para avaliação e execução de procedimentos de enfermagem e médicos).

4.Reúna o material necessário e transporte-o para junto da pessoa, colocando-o na cadeira de apoio devidamente higienizada.	4.Economiza tempo e facilita procedimento, previne a contaminação.
5.Realize a higiene das mãos.	5.Previne a contaminação.
6. Elemento 1: Coloque-se no lado para o qual a pessoa vai ser voltada e assista-a colocar-se em decúbito dorsal e a deslocar-se para o lado da cama oposto; retire a almofada da cabeça.	6.Facilita a execução do procedimento. Promove o alinhamento durante a execução
7. Elemento 2: Coloque-se no outro lado da cama.	7.Facilita a execução do procedimento.
8. Elemento 3: Posicione-se no lado direito da cama e prepare-se para apoiar a cabeça da pessoa, aquando a mudança de posição de decúbito dorsal para semi-ventral.	8.Facilita a execução do procedimento. Promove o alinhamento durante a execução.
9. Elemento 1: Coloque no lado em que se encontra, uma almofada ao nível do tronco e outra ao nível dos membros inferiores, desde a raiz da coxa até ao pé.  Fig.8: Colocação das almofadas.	9.Proporciona conforto. Inicia o procedimento
10. Elementos 1 e 2: Coloque os membros superiores em extensão e adução da articulação do ombro e extensão da articulação do cotovelo, com as palmas das mãos apoiadas nas coxas.	10.Proporciona conforto. Permite a continuidade do procedimento.
11. Elemento 1: Cruze o membro inferior mais afastado sobre o mais próximo - se não houver contra-indicação.	11.Promove o alinhamento corporal e o conforto. Facilita o procedimento.
12. Elemento 3: Apoie a cabeça da pessoa durante a mudança de posição.	12.Promove o conforto e a segurança durante o procedimento.



<p>13.Elemento 1: Coloque uma das mãos sobre a região escapulo-umeral e a outra sobre a região trocanteriana da pessoa e contando até três e em simultâneo com os outros elementos, rode a pessoa de forma a ficar em ventral sobre as almofadas.</p>  <p>Fig.9: Movimento dos três elementos.</p>	<p>13.Facilita a movimentação dos membros inferiores. Permite rodar a pessoa mantendo o alinhamento corporal, o bem-estar e segurança.</p>
<p>14.Elemento 1: Coloque o membro superior que fica em cima com abdução da articulação do ombro, com flexão da articulação do cotovelo e com o antebraço em supinação, apoiado se necessário numa almofada com a mão em posição funcional.</p>  <p>Fig.10: Colocação do membro superior.</p>	<p>14.Permite manter o conforto e o correto alinhamento corporal.</p>
<p>15.Elemento 2: Coloque o membro superior que fica junto à cama em extensão da articulação do ombro, ligeira flexão do cotovelo e pronação do antebraço.</p>	<p>15.Idem.</p>
<p>16.Elemento 2: Coloque o membro inferior que fica junto à cama com extensão das articulações coxa femoral e joelho. O membro inferior do lado do posicionamento, fica em ligeira flexão (45°) das articulações coxofemoral e do joelho, articulação tibiotársica apoiada na almofada e pé em posição funcional.</p>	<p>16. Ibidem.</p>



Fig.11: Colocação dos membros inferiores.


17. Elemento 3: Coloque a cabeça voltada para o lado para o qual se voltou a pessoa. Se necessário colocar almofada baixa.	17. Proporciona conforto e mantém a integridade articular.
18. Coloque-se aos pés da cama, observe a pessoa e verifique o seu alinhamento corporal.	18. Confirma o correto alinhamento corporal, promove o relaxamento e conforto.
19. Realize a higiene das mãos.	19. Previne a contaminação.
20. Registe e documente os resultados (data; tempo de permanência no posicionamento anterior; avaliação de sinais vitais; avaliação da pele; tolerância ao posicionamento; eventos inesperados e intervenções realizadas, nomeadamente os ensinamentos).	20. Confirma o procedimento e identifica quem executou e promove a continuidade dos cuidados.




POSICIONAR PESSOA DEPENDENTE: EM DECÚBITO VENTRAL⁴⁴

(A TRÊS ELEMENTOS)

Sequência do procedimento	Fundamentação
1. Identifique a pessoa.	1. Confirma a identidade da pessoa.
2. Explique o procedimento à pessoa e solicite o seu consentimento e colaboração.	2. Informa sobre o procedimento e obtém consentimento e colaboração.
3. Realize a higiene das mãos.	3. Previne a contaminação.
4. Reúna o material necessário e transporte-o para junto da pessoa, colocando-o na cadeira de apoio devidamente higienizada.	4. Economiza tempo e facilita procedimento, previne a contaminação.
5. Realize a higiene das mãos.	5. Previne a contaminação.

⁴⁴ Finalidade: promove conforto, previne úlcera de pressão, promove o alinhamento corporal, melhora a relação interpessoal, permitindo ainda o fácil acesso à parte posterior do corpo para avaliação e execução de procedimentos clínicos.

<p>6.Elemento 1: Coloque-se no lado para o qual a pessoa vai ser voltada e assista-a colocar-se em decúbito dorsal e a deslocar-se para o lado da cama oposto; retire a almofada da cabeça.</p>	<p>6.Facilita a execução do procedimento. Promove o alinhamento durante a execução.</p>
<p>7.Elemento 2: Coloque-se no outro lado da cama.</p>	<p>7.Facilita a execução do procedimento.</p>
<p>8.Elemento 3: Posicione-se no lado direito da cama e prepare-se para apoiar a cabeça da pessoa, aquando a mudança de posição de decúbito dorsal para semi-ventral.</p>	<p>8.Facilita a execução do procedimento. Promove o alinhamento durante a execução.</p>
<p>9.Elemento 1: Coloque uma almofada sobre a base da cama ao nível do tórax e abdómen na mulher, da cintura até à sínfise púbica no homem.</p>	<p>9.Inicia o procedimento e promove o conforto. Reduz pressão sobre a região mamária na mulher e sobre o escroto no homem.</p>
<p>10.Elemento 1: Cruze o membro inferior mais afastado sobre o mais próximo, se não existir qualquer contraindicação.</p>	<p>10.Promove o alinhamento corporal e o conforto. Facilita o procedimento.</p>
<p>11.Elemento 3: Ampare a cabeça da pessoa durante a mudança de posição.</p>  <p>Fig.12: Posição da pessoa e dos três elementos.</p>	<p>11.Facilita o movimento.</p>
<p>12.Elemento 1: Coloque uma das mãos sobre a região escapulo-umeral e a outra sobre a região trocanteriana da pessoa e contando até três e em simultâneo com os outros elementos, rode a pessoa de forma a ficar em ventral sobre as almofadas.</p>	<p>12.Idem</p>

 <p>Fig.13: Movimento dos três elementos.</p>	
<p>13.Elementos 1 e 2: Coloque os membros superiores em abdução da articulação do ombro, com flexão da articulação do cotovelo e com pronação do antebraço. A cabeça fica lateralizada. Se necessário colocar almofada baixa.</p>  <p>Fig.14: Colocação dos membros superiores.</p>	<p>13.Mantêm o alinhamento corporal e promove conforto.</p>
<p>14.Elemento 1 e 2: Coloque os membros inferiores com extensão e ligeira abdução da articulação coxofemoral, flexão do joelho, pés apoiados em almofada, para que os dedos não fiquem a tocar na base da cama.</p>  <p>Fig.15: Colocação dos membros inferiores.</p>	<p>14.Mantém o alinhamento corporal e promove o conforto. Mantem a integridade articular e das proeminências.</p>
<p>15.Elemento 1 e 2: Coloque duas pequenas almofadas sob os ombros.</p>	<p>15.Mantém o alinhamento corporal e promove o conforto.</p>
<p>16.Elemento 1: Coloque-se aos pés da cama observe a pessoa e verifique o seu alinhamento corporal - confirme a necessidade das almofadas sob o tronco.</p>	<p>16.Confirma o correto alinhamento corporal.</p>

17. Realize a higiene das mãos.	17. Previne a contaminação.
18. Registe e documente os resultados (data; tempo de permanência no posicionamento anterior; avaliação de sinais vitais; avaliação da pele; tolerância ao posicionamento; eventos inesperados e intervenções realizadas, nomeadamente os ensinamentos).	Confirma o procedimento, identifica quem executou e promove a continuidade dos cuidados.

REFERÊNCIAS:

Caple, C. S. (29 de Abril de 2016). *Patient Positioning (Critical Care Patients): Supine. Nursing Practice & Skill*. Obtido de Nursing Reference Center: <http://web.a.ebscohost.com/nrc/pdf?vid=3&sid=e0898705-625c-4eda-84bf-9edc8ce4a602%40sessionmgr4010&hid=4204>

Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade - Posicionamentos, Transferências e Treino de Deambulação*. Obtido de Ordem dos Enfermeiros: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/gobp_mobilidade_vf_site.pdf

Edição atualizada e revista de:

Bicho, F., & et al (2006). Posicionar a pessoa/cliente dependente. In Nunes, Lucília & Ruivo, Alice (2006), *Manual 2006: Técnicas de Enfermagem* (Vol. I, pp.409-422). Setúbal: Departamento de Enfermagem ESS-IPS.

Norma de Procedimento de Enfermagem

Norma 15. TRANSFERIR A PESSOA

Susana Duarte, Hugo Franco, Celso Ribeiro, Ana Lúcia Ramos & Andreia Ferreri Cerqueira

DEFINIÇÃO:

Procedimento de enfermagem de caráter autónomo que consiste em transferir a pessoa de uma superfície para outra (levantar ou transferir uma pessoa da cama e colocá-la numa outra cama, maca, cadeira ou cadeira de rodas ou para a transportar para outro lugar) recorrendo ou não, à ajuda de outros profissionais de saúde e/ou a equipamentos mecânicos (grua /elevador, dispositivos de transferência, entre outros).

OBJETIVOS:

Prevenir os inconvenientes da imobilidade.

Promover autocuidado para a atividade física.

Treinar o equilíbrio.

Preparar para o treino de marcha.

Promover progressiva independência da pessoa.

Manter a integridade da pele.

Estimular a função respiratória, circulatória, de mobilidade e de eliminação.

Garantir o conforto e segurança da pessoa.

Reduzir o risco de lesão músculo-esquelética da pessoa e do prestador de cuidados.

ORIENTAÇÕES PARA A EXECUÇÃO:

Antes do procedimento:

Avalie os seguintes parâmetros na pessoa: 1) o peso; 2) o nível de dependência; 3) o estado de consciência; 4) a mobilidade; 5) o grau de força muscular⁴⁵ e 6) o equilíbrio, de forma a decidir sobre o número de elementos necessários para a realização do procedimento e/ou recurso a elevador.

⁴⁵ Utilize a Escala de Avaliação da força muscular.

Verifique a necessidade de colocar meias de contenção ou de ligadura elástica na pessoa para prevenir problemas trombo-embólicos, as quais apenas deverão ser retiradas após o levante e mobilização dos membros inferiores ou de acordo com a situação da pessoa.

Explique o procedimento à pessoa e incentive-a a cooperar, potenciando as suas capacidades.

Confirme se os sinais vitais estão estáveis e se existe necessidade de controlar a dor da pessoa para que seja realizada a administração de terapêutica adequada, em tempo necessário para atingir o nível terapêutico, antes de iniciar o procedimento-transferência.

Observe se existem dispositivos médicos (soros, cateteres, drenagens) e equipamentos médicos (bombas infusoras), que poderão interferir com o procedimento.

Verifique sempre as condições de segurança antes de realizar o procedimento (trave as rodas da cama, maca e cadeira de rodas; obtenha as condições seguras com relação ao pavimento; observe a disposição do mobiliário, remova os obstáculos).

Certifique-se do bom funcionamento dos equipamentos e respeite as regras de utilização dos fabricantes.

Trabalhe com segurança e com calma.

Use uma farda que lhe permita a liberdade de movimentos e calçado antiderrapante.

Durante o procedimento:

Mantenha uma correta mecânica corporal (mantenha as costas, pescoço, pélvis e os pés alinhados; use o peso corporal como contrapeso ao doente; flita os joelhos em vez de curvar a coluna; mantenha os pés alinhados).

Adapte a altura da cama/maca ao seu centro de gravidade (quando possível) e ao tipo de procedimento a realizar.

Posicione-se o mais perto possível da pessoa.

Realize a transferência pelo lado da pessoa que apresenta maior força muscular.

Procure gerir o espaço, atendendo a que a distância deve ser curta.

Ajuste o equipamento à pessoa e situação: (a) os elevadores têm vários acessórios (telas) cujo objetivo é comum e refere-se à concretização do levante e transferência da pessoa. No entanto, os acessórios diferem quanto à forma, tendo em conta o grau de dependência da pessoa. Confirme sempre o correto posicionamento de cada um dos acessórios; (b) os transferes devem ser utilizados nas transferências entre a cama/cama, cama/maca ou maca/maca, para minimizar o esforço.



MATERIAL NECESSÁRIO:



Meias elásticas ou ligadura elástica, se necessário.	Resguardo, se necessário.
Roupa adequada.	Almofada de alívio de pressão, se necessário.
Cinto, se necessário (em alternativa utilizar calças).	Suporte de soros móvel, se necessário.
Sapatos/chinelos fechados com sola antiderrapante.	Dispositivo para transferências (transfer).
Cadeirão ou cadeira de rodas.	Elevador e acessórios (telas).
	Banco para os pés, se necessário.
	Manta, se necessário.



TRANSFERIR A PESSOA: CAMA/CADEIRA (COM AJUDA PARCIAL)	
Sequência do procedimento	Fundamentação
1.Realize a higiene das mãos.	1.Previne a contaminação.
2.Reúna o material e transporte-o para junto da pessoa.	2.Economiza tempo e facilita o procedimento.
3.Identifique a pessoa.	3.Previne erros.
4.Explique o procedimento à pessoa.	4.Obtém o consentimento e a colaboração da pessoa para a realização do procedimento.
5.Se necessário, assista a pessoa no autocuidado para se vestir, incluindo calças.	5.Promove o autocuidado e assegura a privacidade (as calças permitem apoiar na transferência da pessoa, na ausência de cinto).
6. <u>No primeiro levante⁴⁶ da pessoa</u> , proceda do seguinte modo: coloque meias de contenção ou ligaduras elásticas em espiral; avalie os sinais vitais, nomeadamente a tensão arterial, pulso e respiração; eleve o plano superior da cama, progressivamente, até 45° ou 75°; avalie de novo	6.Evita o risco de hipotensão ortostática e reduz a ocorrência de problemas trombo-embólicos.

⁴⁶ E sempre que se justifique, atendendo à situação

<p>os sinais. Caso exista alteração dos valores normais, para a pessoa, dever-se-á atuar adequadamente.</p>	
<p>7.Prepare antecipadamente a cadeira ou o cadeirão, para onde vai transferir a pessoa, protegida com um resguardo de pano, dobrado longitudinalmente, perto do local da transferência. Verifique se a cama e a cadeira se encontram travadas.</p> <div data-bbox="360 674 691 1003" data-label="Image"> </div> <p>Fig.1: Preparação da cadeira.</p>	<p>7.Previne contaminação e infeção nosocomial. Facilita o procedimento; previne incidentes.</p>
<p>8.Passe os soros e o saco coletor de urina para o lado da cama para onde a pessoa irá fazer o levante e verifique se não existe nenhuma drenagem fixa à cama. Clampe drenagens/perfusões, sempre que necessário.</p>	<p>8.Evita a exteriorização de cateteres e drenos e consequentes lesões na pessoa; Permite manter sistemas de drenagens e perfusões funcionantes.</p>
<p>9. Assista, se necessário, a pessoa a mobilizar-se para uma das extremidades da cama.</p>	<p>9.Facilita a realização do procedimento.</p>
<p>10.Baixe a altura da cama (se a cama for elétrica) e coloque a cadeira do lado em que a pessoa possui maior força muscular, num ângulo de 30°.</p> <div data-bbox="255 1657 798 1946" data-label="Image"> </div> <p>Fig.2: Preparação da cadeira.</p>	<p>10.Idem.</p>

<p>11.Assista a pessoa a colocar-se em decúbito lateral para o lado para o qual irá fazer o levante.</p>  <p>Fig.3: Posicionamento em decúbito lateral.</p>	<p>11.Permite a realização do procedimento em segurança.</p>
<p>12.Instrua a pessoa a fletir o cotovelo do lado da cama, as articulações coxofemorais e dos joelhos de ambos os membros inferiores, com os pés para fora da cama.</p>	<p>12.Idem.</p>
<p>13.Calce a pessoa com sapatos/chinelos fechados com sola antiderrapante.</p>	<p>13.Ibidem.</p>
<p>14.Coloque-se de frente para a pessoa com os pés afastados e os joelhos fletidos; coloque uma das mãos por trás da região escapular da pessoa, do lado da cama e a outra no joelho do lado contrário.</p>  <p>Fig.4: Colocação das mãos da enfermeira e da pessoa.</p>	<p>14.Reparte o peso do corpo da pessoa e protege a coluna durante a movimentação. Permite movimentar o tronco, ombros e cabeça. Evita lesões músculo-articulares.</p>
<p>15.Assista a pessoa a sentar-se na cama, erguendo simultaneamente o tronco fazendo a extensão do cotovelo e rodando as pernas para fora da cama.</p>	<p>15.Dá continuidade ao procedimento.</p>


<p>16.Assista a pessoa a apoiar as suas mãos no rebordo da cama e a colocar os pés assentes no chão ou no banco, se a cama for alta.</p>  <p>Fig.5: Colocação da pessoa sentada na extremidade da cama.</p>	<p>16. Previne incidentes; facilita o procedimento.</p>
<p>17.Questione como se sente a pessoa, adequando a forma de comunicação.</p>	<p>17. Permite despistar complicações e reforçar a comunicação terapêutica.</p>
<p>18.Mantendo-se de frente para a pessoa com os pés afastados e os joelhos fletidos, assista a pessoa a inclinar-se para a frente.</p>	<p>18.Previne incidentes. Facilita o procedimento. Permite um menor esforço do prestador de cuidados e previne lesões músculo-articulares.</p>
<p>19.Inicie o levante, segurando a pessoa pelo cinto ou, em alternativa, pelas calças, solicitando que se apoie ao nível dos flancos posteriores do prestador de cuidados. Em alternativa e no caso de ser facilitador, a pessoa poderá apoiar-se ao nível dos seus ombros.</p>  <p>Fig.6: Apoio da pessoa na enfermeira.</p>	<p>19.Idem.</p>
<p>20.Assista a pessoa a rodar em direção à cadeira e a dar um passo para trás até tocar com as pernas na cadeira.</p>	<p>20.Facilita o procedimento.</p>



 <p>Fig.7: Rodar a pessoa.</p>	
<p>21.Solicite à pessoa que apoie as mãos nos braços da cadeira, se incline para a frente e desça lentamente, fletindo os joelhos até se sentar.</p>  <p>Fig.8: Sentar a pessoa na cadeira.</p>	<p>21.Idem.</p>
<p>22.Verifique se a pessoa fica confortavelmente sentada.</p>	<p>22.Proporciona conforto.</p>
<p>23.Reúna e acondicione o material utilizado.</p>	<p>23.Mantém o material arrumado.</p>
<p>24.Realize a higiene das mãos.</p>	<p>24.Previne a contaminação.</p>
<p>25.Registe e documente os resultados (a resposta da pessoa ao levantar; avaliação dos parâmetros vitais duração do levantar; complicações; outros).</p>	<p>25.Confirma o procedimento e identifica quem executou. Promove a continuidade dos cuidados.</p>

TRANSFERIR A PESSOA: CAMA/CADEIRA (AJUDA TOTAL – UM ELEMENTO)	
Sequência do procedimento	Fundamentação
<p>1.Realize a higiene das mãos.</p>	<p>1.Previne a contaminação.</p>

2.Reúna o material e transporte-o para junto da pessoa.	2.Economiza tempo e facilita o procedimento.
3.Identifique a pessoa.	3.Previne erros.
4.Explicar o procedimento à pessoa.	4.Obtém o consentimento e a colaboração da pessoa para a realização do procedimento.
5.Se necessário, assista a pessoa no autocuidado para se vestir, incluindo calças.	5.Promove o autocuidado e assegura a privacidade (as calças permitem apoiar na transferência da pessoa, na ausência de cinto).
6. <u>No primeiro levante⁴⁷ da pessoa</u> , proceda do seguinte modo: coloque meias de contenção ou ligaduras elásticas em espiral; avalie os sinais vitais, nomeadamente a tensão arterial, pulso e respiração; eleve o plano superior da cama, progressivamente, até 45° ou 75°; avalie de novo os sinais vitais. Caso exista alteração dos valores normais, para a pessoa, dever-se-á atuar adequadamente.	6.Evita o risco de hipotensão ortostática e reduz a ocorrência de problemas trombo-embólicos.
7.Prepare antecipadamente a cadeira ou o cadeirão, para onde vai transferir a pessoa, protegida com resguardo de pano, dobrado longitudinalmente e perto do local da transferência. Verifique se a cama e a cadeira se encontram travadas.	7.Previne contaminação e infeção nosocomial. Facilita o procedimento; previne incidentes.
8.Passe os soros e o saco coletor de urina para o lado da cama para onde a pessoa irá fazer o levante e verifique se não existe nenhuma drenagem fixa à cama.	8.Evita a exteriorização de cateteres e drenos e consequentes lesões na pessoa.
9. Assista, se necessário, a pessoa a mobilizar-se para uma das extremidades da cama - siga os passos da Norma de Procedimento: Mobilizar pessoa na cama.	9. Facilita a realização do procedimento.

⁴⁷ E sempre que se justifique, atendendo à situação



<p>10.Baixe a altura da cama (<i>se a cama for elétrica</i>) e coloque a cadeira do lado em que a pessoa possui maior força muscular, num ângulo de 30°.</p>	<p>10.Idem.</p>
<p>11.Assista a pessoa a colocar-se em decúbito lateral para o lado para o qual irá fazer o levante.</p>	<p>11.Idem.</p>
<p>12.Calce a pessoa com sapatos/chinelos fechados, com sola antiderrapante.</p>	<p>12.Permite a realização do procedimento em segurança.</p>
<p>13.Coloque-se de frente para a pessoa com os pés afastados e os joelhos fletidos. Coloque uma das mãos por trás da região escapular da pessoa, do lado da cama e a outra no joelho do lado contrário.</p>  <p>Fig.9: Colocação das mãos da enfermeira na pessoa.</p>	<p>13.Previne incidentes e consequentes lesões na pessoa. Facilita o procedimento ao prestador de cuidados.</p>
<p>14.Sente a pessoa na cama erguendo-lhe simultaneamente o tronco, fazendo a extensão do cotovelo e rodando as pernas para fora da cama.</p>	<p>14.Reparte o peso do corpo da pessoa e protege a coluna durante a movimentação; Permite movimentar o tronco, ombros e cabeça. Evita lesões músculo-articulares.</p>
<p>15.Clampe drenagens/perfusões e coloque-as entre a pessoa e o prestador de cuidados (se necessário).</p>	<p>15.Facilita o procedimento e evita complicações.</p>
<p>16.Mantendo-se de frente para a pessoa com os pés afastados e coxas e joelhos a segurar os membros inferiores da pessoa:</p> <p>-Aproxime a pessoa da extremidade da cama, de forma a apoiar os pés no chão.</p>	<p>16.Permite a realização do procedimento em segurança.</p>




<p>-Apoie e lateralize a cabeça da pessoa sobre o seu ombro.</p> <p>-Apoie os membros superiores da pessoa ao nível dos seus flancos posteriores e imobilize-os com os seus membros superiores.</p>  <p>Fig.10: Postura do prestador de cuidados.</p>	
<p>17.Incline-se para a frente e inicie o levante segurando a pessoa pelo cinto, ou em alternativa, pelas calças e sente a pessoa.</p>  <p>Fig.11: Postura do prestador de cuidados.</p>	<p>17.Idem.</p>
<p>18.Verifique se a pessoa fica confortavelmente sentada.</p>	<p>18.Proporciona conforto.</p>
<p>19.Desclampe as drenagens/perfusões e coloque-as nos suportes respetivos, assim como os soros no suporte, verificando se ficam funcionantes (se necessário).</p>	<p>19.Permite manter sistemas de drenagens e perfusões funcionantes.</p>
<p>20.Reúna e acondicione o material utilizado.</p>	<p>20.Mantém o material arrumado.</p>
<p>21.Realize a higiene das mãos.</p>	<p>21.Previne a contaminação.</p>

22.Registe e documente os resultados - resposta da pessoa ao levantar: avaliação dos parâmetros vitais duração do levantar, complicações, outros.	22.Confirma o procedimento e identifica quem executou. Promove a continuidade dos cuidados.
---	---

TRANSFERIR A PESSOA: CAMA/CADEIRA (AJUDA TOTAL – 2 ELEMENTOS – SEM RESGUARDO DE PANO)	
Sequência do procedimento	Fundamentação
1.Realize a higiene das mãos.	1.Preve a contaminação.
2.Reúna o material e transporte-o para junto da pessoa.	2.Economiza tempo e facilita o procedimento.
3.Identifique a pessoa.	3.Preve erros.
4.Explique o procedimento à pessoa.	4.Obtém o consentimento e a colaboração da pessoa para a realização do procedimento.
5.Se necessário, assista a pessoa no autocuidado para se vestir – incluindo calças.	5.Promove o autocuidado e assegura a privacidade - as calças permitem apoiar na transferência da pessoa, na ausência de cinto.
6.No primeiro levantar ⁴⁸ da pessoa; coloque meias de contenção ou ligaduras elásticas em espiral; avalie os sinais vitais – nomeadamente a tensão arterial, pulso e respiração; eleve o plano superior da cama, progressivamente, até 45° ou 75°; avalie de novo os sinais vitais – a tensão arterial, pulso e respiração. Caso exista alteração dos valores normais, para a pessoa, dever-se-á atuar adequadamente.	6.Evita o risco de hipotensão ortostática e reduz a ocorrência de problemas trombo-embólicos.
7.Prepare antecipadamente a cadeira ou cadeirão, para onde vai transferir a pessoa, protegida com resguardo de pano, dobrado longitudinalmente e perto do local da transferência. Verifique se a cama e a cadeira se encontram travadas e verifique se a cama e a cadeira se encontram travadas.	7.Preve contaminação e infeção nosocomial. Facilita o procedimento; previne incidentes.

⁴⁸ E sempre que se justifique, atendendo à situação


<p>8. Passe os soros e o saco coletor de urina para o lado da cama para onde a pessoa irá fazer o levante e <i>verifique se não existe nenhuma drenagem fixa à cama</i>. Clampe drenagens/perfusões.</p>	<p>8. Evita a exteriorização de cateteres e drenos e consequentes lesões na pessoa; Permite manter sistemas de drenagens e perfusões funcionantes.</p>
<p>9. Elemento 1 e 2: coloque-se no lado da cama para o qual pretende que a pessoa seja movimentada (baixar grade de proteção desse lado da cama)</p>	<p>9. Facilita o procedimento.</p>
<p>10. Elemento 1 e 2: Mobilize a pessoa para uma das extremidades da cama - siga os passos da Norma de Procedimento: Mobilizar pessoa na cama.</p>  <p>Fig.12: Mobilização da pessoa.</p>	<p>10. Idem.</p>
<p>11. Elemento 1: Eleve o plano superior da cama a 30°.</p>	<p>11. Ibidem.</p>
<p>12. Elemento 2: Retire o apoio de braço da cadeira de rodas do lado da transferência da pessoa e coloque a cadeira de rodas (ou cadeirão) do lado em que a pessoa possui mais força muscular e paralelamente à cama.</p>  <p>Fig.13: Colocação da cadeira.</p>	<p>12. Facilita o procedimento; previne incidentes.</p>



<p>13. <u>Elemento 1</u>: Apoie a região superior do tronco e segure ambos os membros superiores da pessoa.</p>  <p>Fig.14: Posição das mãos do prestador de cuidados.</p>	<p>13. Idem.</p>
<p>14. <u>Elemento 2</u>: Apoie os membros inferiores da pessoa ao nível da região poplíteia.</p>  <p>Fig.15: Postura do prestador de cuidados.</p>	<p>14. Ibidem.</p>
<p>16. <u>Elemento 1 e 2</u>: Transfira a pessoa da cama para a cadeira.</p>  <p>Fig.16: Transferência da cama para a cadeira.</p>	<p>16. Assegura a transferência</p>
<p>17. <u>Elemento 1 e 2</u>: Verifique se a pessoa fica confortavelmente sentada.</p>	<p>17. Proporciona conforto.</p>
<p>18. <u>Elemento 1 e 2</u>: Desclampe as drenagens/perfusões e coloque-as nos suportes respetivos, assim como o soro no suporte, verificando se ficam funcionantes.</p>	<p>18. Permite manter sistemas de drenagens e perfusões funcionantes.</p>

19. Elemento 1 e 2: Reúna e acondicione o material utilizado.	19. Mantém o material arrumado.
20. Elemento 1 e 2: Realize a higiene das mãos.	20. Previne a contaminação.
21. Registe e documente os resultados - resposta da pessoa ao levantar: avaliação dos parâmetros vitais duração do levantar, complicações, outros.	21. Confirma o procedimento e identifica quem executou. Promove a continuidade dos cuidados.

TRANSFERIR A PESSOA: CAMA/CADEIRA (AJUDA TOTAL – 2 ELEMENTOS – COM RESGUARDO DE PANO)	
Sequência do procedimento	Fundamentação
1. Realize a higiene das mãos.	1. Previne a contaminação.
2. Reúna o material e transporte-o para junto da pessoa.	2. Economiza tempo e facilita o procedimento.
3. Identifique a pessoa.	3. Previne erros.
4. Explique o procedimento à pessoa.	4. Obtém o consentimento e a colaboração da pessoa para a realização do procedimento.
5. Se necessário, assista a pessoa no autocuidado para se vestir – incluindo calças.	5. Promove o autocuidado e assegura a privacidade - as calças permitem apoiar na transferência da pessoa, na ausência de cinto.
6. <u>No primeiro levantar⁴⁹ da pessoa:</u> coloque meias de contenção ou ligaduras elásticas em espiral; avalie os sinais vitais – nomeadamente a tensão arterial, pulso e respiração; eleve o plano superior da cama, progressivamente, até 45° ou 75°; avalie de novo os sinais vitais – a tensão arterial, pulso e respiração. Caso exista alteração dos valores normais, para a pessoa, dever-se-á atuar adequadamente.	6. Evita o risco de hipotensão ortostática e reduz a ocorrência de problemas trombo-embólicos.
7. Prepare antecipadamente a cadeira ou cadeirão, para onde vai transferir a pessoa, protegida com	7. Previne contaminação e infeção nosocomial. Facilita o procedimento; previne incidentes.



⁴⁹ E sempre que se justifique, atendendo à situação

resguardo de pano, dobrado longitudinalmente e perto do local da transferência. Verifique se a cama e a cadeira se encontram travadas.	
8. Passe os soros e o saco coletor de urina para o lado da cama para onde a pessoa irá fazer o levante e <i>verifique se não existe nenhuma drenagem fixa à cama</i> . Clampe drenagens/perfusões.	8. Evita a exteriorização de cateteres e drenos e consequentes lesões na pessoa; Permite manter sistemas de drenagens e perfusões funcionantes.
9.Elemento 1 e 2: Mobilize a pessoa para uma das extremidades da cama - siga os passos da Norma de Procedimento sobre Mobilizar a pessoas na cama com resguardo de pano.	9. Minimiza a fricção e reduz o risco de lesões músculo-articulares.
10. Retire o braço lateral da cadeira e coloque a cadeira (ou cadeirão) paralelamente à cama e do lado para o qual vai transferir a pessoa.	10. Facilita a realização do procedimento.
11.Elemento 1: Segure em ambas as extremidades superiores do resguardo, ao nível da região escapulo-umeral da pessoa. Coloque os membros superiores da pessoa paralelamente ao corpo ou cruzados sobre o tórax.  Fig.17: Colocação das mãos do prestador de cuidados no resguardo.	11. Permite movimentar a pessoa em segurança, repartindo uniformemente o seu peso pelos dois elementos; Previne incidentes.
12.Elemento 2: Apoie os membros inferiores ao nível da região poplíteia da pessoa, também com o resguardo.	12. Permite movimentar a pessoa em segurança, repartindo uniformemente o seu peso pelos dois elementos; Previne incidentes.

 <p>Fig.18: Colocação das mãos do prestador de cuidados no resguardo.</p>	
<p>13.Elemento 1 e 2: Transfira a pessoa da cama para a cadeira.</p>  <p>Fig.19: Transferência da cama para a cadeira.</p>	<p>13.Assegura o procedimento.</p>
<p>14.Elemento 1 e 2: Retire o resguardo utilizado na transferência da pessoa e verifique se a pessoa fica confortavelmente sentada.</p>	<p>14.Proporciona conforto.</p>
<p>15.Elemento 1 e 2: Desclampe as drenagens/perfusões e coloque-as nos suportes respetivos, assim como o soro no suporte, verificando se ficam funcionantes.</p>	<p>15.Permite manter sistemas de drenagens e perfusões funcionantes.</p>
<p>16.Elemento 1 e 2: Reúna e acondicione o material utilizado.</p>	<p>16.Mantém o material arrumado.</p>
<p>17.Elemento 1 e 2: Realize a higiene das mãos.</p>	<p>17.Previne a contaminação</p>
<p>18.Registe e documente os resultados - resposta da pessoa ao levantar: avaliação dos parâmetros vitais duração do levantar, complicações, outros.</p>	<p>18.Confirma o procedimento e identifica quem executou. Promove a continuidade dos cuidados.</p>

TRANSFERIR A PESSOA: CAMA/CADEIRA (RECURSO A ELEVADOR)	
Sequência do procedimento	Fundamentação
1.Realize a higiene das mãos.	1.Preve a contaminação.
2.Reúna o material e transporte-o para junto da pessoa.	2.Economiza tempo e facilita o procedimento.
3.Identifique a pessoa.	3.Preve erros.
4.Explique o procedimento à pessoa.	4.Obtém o consentimento e a colaboração da pessoa para a realização do procedimento.
5.Se necessário, assista a pessoa no autocuidado para se vestir, incluindo calças.	5.Promove o autocuidado e assegura a privacidade - as calças de pijama permitem apoiar na transferência da pessoa, na ausência de cinto.
6. <u>No primeiro levante⁵⁰ da pessoa</u> : coloque meias de contenção ou ligaduras elásticas em espiral; avalie os sinais vitais – nomeadamente a tensão arterial, pulso e respiração; eleve o plano superior da cama, progressivamente, até 45° ou 75°; avalie de novo os sinais vitais – a tensão arterial, pulso e respiração. Caso exista alteração dos valores normais, para a pessoa, dever-se-á atuar adequadamente.	6.Evita o risco de hipotensão ortostática e reduz a ocorrência de problemas trombo-embólicos.
7.Prepare antecipadamente a cadeira ou cadeirão, para onde vai transferir a pessoa, protegida com resguardo de pano, dobrado longitudinalmente e perto do local da transferência. Verifique se a cama e a cadeira se encontram travadas.	7.Preve contaminação e infeção nosocomial. Facilita o procedimento. Preve incidentes.
8.Passe os soros e o saco coletor de urina para o lado da cama para onde a pessoa irá fazer o levante e verifique se não existe nenhuma drenagem fixa à cama.	8.Evita a exteriorização de cateteres e drenos e consequentes lesões na pessoa.

⁵⁰ E sempre que se justifique, atendendo à situação

<p>9.Elemento 1: Posicione a pessoa em decúbito dorsal.</p>	<p>9.Facilita o procedimento.</p>
<p>10.Elemento 1: Prepare o acessório do elevador (tela), direcionado com o centro (a maior superfície) para o plano superior da cama e as extremidades laterais para os planos inferior e laterais da cama.</p>  <p>Fig.20: Colocação do acessório (tela).</p>	<p>10.Permite transferência segura. Promove a confiança da pessoa.</p>
<p>11.Elemento 1: Proteja o acessório do elevador (tela) com um resguardo ou lençol de pano, dobrado transversalmente.</p>  <p>Fig. 21: Proteção do acessório (tela).</p>	<p>11.Preveine contaminação do acessório. Preveine infecção nosocomial. Proporciona conforto.</p>
<p>12.Elemento 1: Solicite colaboração de outro elemento ou assista a pessoa a posicionar-se em decúbito lateral – direito ou esquerdo.</p>	<p>12.Facilita o procedimento.</p>
<p>13.Elemento 1 e 2: Enrole a metade do conjunto do acessório do elevador (tela) e resguardo colocando-o a meio da cama.</p>	<p>13.Permite a continuação do procedimento.</p>
<p>14.Elemento 1 e 2: Coloque a tela, a metade superior do conjunto preparado e enrolado, de acordo com as seguintes referências: centro do acessório (superiormente, na linha média da região escapulo-umeral ou região cervical, dependendo da situação da pessoa; inferiormente, ao nível da</p>	<p>14.O correto posicionamento do acessório do elevador (tela) permite o levante e transferência da pessoa em segurança (Conforme referência nas orientações para a execução, a tela deverá estar adequada às necessidades da pessoa, e grau de dependência. A preparação da mesma, face ao</p>

região sacro); extremidade do acessório (extremidade lateral da cama).



Fig.22: Colocação do acessório (tela) na cama.

correto posicionamento na pessoa, deverá seguir as orientações do fabricante).

15.Elemento 1 e 2: Verifique o correto posicionamento da tela e o alinhamento corporal da pessoa.



Fig.23: Alinhamento corporal, posicionamento da tela e postura dos prestadores de cuidados.



15.Facilita o procedimento. Previne incidentes.


16.Elemento 1 e 2: Posicione a pessoa no decúbito lateral oposto ao anterior, e desenrole o conjunto tela e resguardo.







Fig.24: Continuação da colocação da tela.

16.Facilita o procedimento. Previne incidentes.



<p>17. <u>Elemento 1 e 2:</u> Procure as tiras de cada extremidade, direita e esquerda, superiores e inferiores.</p>  <p>Fig.25: Continuação da colocação da tela.</p>	<p>17. Idem.</p>
<p>18. <u>Elemento 1 ou 2:</u> Posicione o elevador junto à cama.</p>	<p>18. Permite a preparação do acessório, para possibilitar o levante.</p>
<p>19. <u>Elemento 1 ou 2:</u> Trave o elevador.</p>	<p>19. Previne incidentes. Permite a transferência da pessoa em segurança.</p>
<p>20. <u>Elemento 1 ou 2:</u> Fixe as tiras do acessório no gancho do suporte móvel do elevador. Pode optar por colocar as tiras de fixação das extremidades inferiores do acessório, cruzadas ou a direito.</p>  <p>Fig.26: Colocação da tela com as extremidades inferiores cruzadas/direito.</p>	<p>20. Prepara a tela para o levante da pessoa. Promove maior sentimento de segurança à pessoa.</p>
<p>21. <u>Elemento 1 e 2:</u> Clampe soros, saco coletor de urina e/ou outras drenagens e retire-os dos suportes (se necessário).</p>	<p>21. Evita a exteriorização de cateteres e drenos, e consequentes lesões à pessoa.</p>
<p>22. <u>Elemento 1 e 2:</u> Coloque as drenagens junto à pessoa, no acessório (tela), desde que clampadas e segure o frasco de soro numa mão.</p>	<p>22. Permite realizar o procedimento em segurança. Liberta um dos prestadores de cuidados para assistir a pessoa, no levante.</p>

<p>23.Elemento 1: Inicie o levante com o elevador, lentamente, cumprindo as orientações respeitantes ao elevador que está a manusear.</p>	<p>23.Permite um levante e transferência coordenada. Promove a segurança da pessoa.</p>
<p>24.Elemento 2: Ampare a região cervical da pessoa com a mão dominante, mantendo o soro na mão não dominante (se a pessoa cliente tiver esta terapêutica por cateter venoso periférico/central), para acompanhar o levante e transferência da pessoa para a cadeira de rodas ou cadeirão.</p>	<p>24.Permite um levante e transferência coordenada. Promove a segurança da pessoa.</p>
<p>25.Elemento 1: Eleve a pessoa, com o elevador, até uma altura cerca de 20 a 30 cm da base da cama.</p>	<p>25.Permite um levante e transferência coordenada. Promove a segurança da pessoa. Previne incidentes/lesões.</p>
<p>26.Elemento 2: Contorne a cama e passe para o lado da cadeira, para onde a pessoa vai ser transferida.</p>	<p>26.Idem</p>
<p>27.Elemento 1: Destrave o elevador.</p>	<p>27.Permite iniciar a transferência.</p>
<p>28.Elemento 1: Proceda ao transporte da pessoa até à cadeira.</p>  <p>Fig.27: Transporte da cama até à cadeira de rodas da pessoa.</p>	<p>28.Permite a continuidade do procedimento.</p>
<p>29.Elemento 1: Posicione o elevador de frente para a cadeira de rodas, ou cadeirão, para onde vai transferir a pessoa.</p>	<p>29.Idem</p>
<p>30.Elemento 1: Abra a base dos pés do elevador e coloque a pessoa centrada sobre o assento da cadeira.</p>	<p>30.Permite realizar o procedimento em segurança.</p>

 <p>Fig.28: Abertura dos pés do elevador</p>	
<p>31. Elemento 1: Coloque a pessoa centrada sobre o assento da cadeira.</p>  <p>Fig.29: Centrar a pessoa sobre assento da cadeira.</p>	<p>31.Idem</p>
<p>32. Elemento 1: Trave o elevador.</p>	<p>32.Idem</p>
<p>33. Elemento 1: Inicie a descida controlada, da pessoa cliente, informando a pessoa de todos os passos do procedimento.</p>	<p>33.Garante sentimentos de confiança/segurança à pessoa.</p>
<p>34. Elemento 2: Acompanhe a pessoa na descida, colocando as mãos nas regiões: dorsal e poplíteia.</p>	<p>34.Idem</p>
<p>35. Elemento 1 e 2: Confirme se a pessoa está confortavelmente sentada.</p>	<p>35.Proporciona conforto.</p>
<p>36. Elemento 1 e 2: Retire as tiras de fixação do gancho do suporte móvel do elevador.</p>  <p>Fig.30: Retirar a tela do elevador.</p>	<p>36.Liberta o elevador.</p>

37.Elemento 1: Destrave e retire o elevador.	37.Idem.
38.Elemento 1 e 2: Ambos os prestadores de cuidados, um de cada lado da cadeira de rodas (cadeirão), inclinam ligeiramente a pessoa para a frente com o resguardo de pano e retiram o acessório (tela).  <p>Fig.31: Retirar a tela à pessoa.</p>	38.Termina o levante da pessoa. Liberta o acessório (tela) para iniciar o procedimento a outra pessoa.
39.Desclampe as drenagens e coloque-as nos suportes respetivos, assim como o soro no suporte, verificando se ficam permeáveis (se necessário).	39.Permite manter os sistemas de drenagens e perfusões funcionantes.
40.Calce a pessoa com sapatos/chinelos fechados com sola antiderrapante.	40.Previne incidentes. Promove o conforto.
41.Questione a pessoa sobre o conforto e comodidade.	41.Promove o conforto.
42.Supervisione a pessoa quanto a estado de consciência e orientação, sinais de cansaço, e postura corporal – se necessário recorrer a medidas de imobilização.	42.Previne complicações.
43.Reúna e acondicione o material utilizado.	43.Mantém o material arrumado.
44.Realize a higiene das mãos.	44.Previne a contaminação.
45.Registe e documente os resultados - resposta da pessoa ao levante: avaliação dos parâmetros vitais duração do levante, complicações, outros.	45.Confirma o procedimento e identifica quem executou. Promove a continuidade dos cuidados.

TRANSFERIR A PESSOA: CAMA/CAMA MACA/MACA (2 ELEMENTOS)	
Sequência do procedimento	Fundamentação
1.Realize a higiene das mãos.	1.Preve a contaminação.
2.Reúna o material e transporte-o para junto da pessoa.	2.Economiza tempo e facilita o procedimento.
3.Identifique a pessoa.	3.Preve erros.
4.Explique o procedimento à pessoa.	4.Obtém o consentimento e a colaboração da pessoa para a realização do procedimento.
5.Se necessário, assista a pessoa no autocuidado para se vestir – incluindo calças de pijama.	5.Promove o autocuidado e assegura a privacidade - as calças de pijama permitem apoiar na transferência da pessoa, na ausência de cinto.
6.Solicite e/ou assista a pessoa a movimentar-se para o lado da cama, junto do qual se irá encostar a cama ou maca para se realizar a transferência.	6.Permite iniciar o procedimento.
7.Passe os soros para o lado da cama para onde a pessoa irá fazer a transferência e verifique se não existe nenhuma drenagem fixa à cama. Clampe drenagens/perfusões.	7.Evita a exteriorização de cateteres e drenos e consequentes lesões na pessoa; Permite manter sistemas de drenagens e perfusões funcionantes.
8. Elemento 1: Coloque-se num dos lados da cama e baixe a grade de proteção desse lado.	8.Permite iniciar o procedimento.
9. Elemento 2: Coloque-se do lado oposto ao do 1º elemento e baixe a grade de proteção do seu lado.	9.Idem.
10. Elemento 1: Coloque os membros superiores da pessoa paralelamente ao corpo ou cruzados sobre o tórax.	10.Facilita o procedimento.
11. Elemento 1 e 2: Ambos desentalam o resguardo da cama e enrolam-no até ao corpo da pessoa.	11.Idem.
12. Elemento 1 ou 2: Aproxime a cama ou maca para onde será transferida a pessoa.	12.Ibidem.

<p>13. <u>Elemento 1</u>: Suba para cima da cama da pessoa, mantendo os joelhos e membros superiores fletidos.</p>	<p>13.Permite um menor esforço. Previne lesões músculo-articulares.</p>
<p>14. <u>Elemento 2</u>: Coloque o membro inferior esquerdo, fletido sobre a cama para onde a pessoa vai ser transferida, mantendo o membro inferior direito assente no chão e com ambos os membros superiores em extensão, agarre a porção de resguardo enrolada junto à pessoa, do lado onde vai ocorrer a transferência.</p>	<p>14.Idem.</p>
<p>15. <u>Elemento 1 e 2</u>: Realize a transferência da pessoa.</p>  <p>Fig.32: Postura dos prestadores de cuidados.</p>	<p>15.Permite movimentar a pessoa repartindo uniformemente o seu peso pelos dois elementos.</p>
<p>16. <u>Elemento 1 e 2</u>: Termine a transferência do seguinte modo: <u>Elemento 1</u>: com os membros superiores em extensão; <u>Elemento 2</u>: com os membros inferiores apoiados no chão.</p>  <p>Fig.33: Términus da transferência a dois prestadores de cuidados, com resguardo de pano.</p>	<p>16.Minimiza a fricção e reduz o risco de lesões músculo-articulares.</p>
<p>17. <u>Elemento 1 e 2</u>: Verifique se a pessoa fica confortavelmente deitada.</p>	<p>17.Proporciona conforto.</p>

18.Elemento 1 e 2: Desclampe as drenagens/perfusões e coloque-as nos suportes respetivos, assim como o soro no suporte, verificando se ficam funcionantes.	18. Permite manter sistemas de drenagens e perfusões funcionantes.
19.Elemento 1 e 2: Reúna e acondicione o material utilizado.	19. Mantém o material arrumado.
20.Elemento 1 e 2: Realize a higiene das mãos.	20. Previne a contaminação.
21. Registe e documente os resultados - resposta da pessoa ao levantar: avaliação dos parâmetros vitais duração do levantar, complicações, outros.	21. Confirma o procedimento e identifica quem executou. Promove a continuidade dos cuidados.

CORRIGIR O POSICIONAMENTO DA PESSOA NA CADEIRA/CADEIRÃO (PESSOA COM GRAU DE DEPENDÊNCIA BAIXO OU MODERADO)	
Sequência do procedimento	Fundamentação
1. Realize a higiene das mãos.	1. Previne a contaminação.
2. Identifique a pessoa.	2. Previne erros.
3. Explique o procedimento à pessoa.	3. Obtém o consentimento e a colaboração da pessoa para a realização do procedimento.
4. Coloque cinto de transferência na pessoa. Na ausência da existência do cinto de transferência, se necessário, assista a pessoa no autocuidado para se vestir – incluindo calças.	4. Facilita o procedimento. Promove a segurança. Utilizar cintos de transferências ou outros dispositivos de apoio facilita o procedimento e aumenta o nível de segurança. As calças permitem apoiar na transferência da pessoa, na ausência de cinto.
5. Calce a pessoa com sapatos/chinelos fechados com sola antiderrapante.	5. Permite a realização do procedimento em segurança.
6. Aproxime os pés da pessoa do cadeirão.	6. Facilita o procedimento. Previne incidentes.
7. Coloque-se de frente para a pessoa com os pés afastados e os joelhos fletidos, assista a pessoa a inclinar o tronco para a frente.	7. Permite um menor esforço do prestador de cuidados e previne lesões músculo-articulares. Reparte o peso do corpo da pessoa e protege a

	coluna durante a movimentação. Evita lesões músculo-articulares. Facilita o procedimento.
8. Inicie o levante, segurando a pessoa pelo cinto ou, em alternativa, pelas calças, solicitando que se apoie ao nível dos flancos posteriores do prestador de cuidados. Eleve a pessoa e volte a sentá-la (verifique se a região poplíteia está próxima do cadeirão).	8. Dá continuidade ao procedimento. Facilita o procedimento. Previne incidentes.
9. Verifique se os joelhos e coxofemoral têm um ângulo de 90° de flexão e se a região dorsal e lombar estão apoiadas na cadeira/cadeirão.	9. Previne incidentes. Proporciona conforto.
10. Avalie como se sente a pessoa.	10. Permite despistar complicações.
11. Verifique se a pessoa fica confortavelmente sentada.	11. Proporciona conforto.
12. Realize a higiene das mãos.	12. Previne a contaminação.
13. Registe e documente os resultados - resposta da pessoa ao levante: avaliação dos parâmetros vitais duração do levante, complicações, outros.	13. Confirma o procedimento e identifica quem executou.

CORRIGIR O POSICIONAMENTO DA PESSOA NA CADEIRA/CADEIRÃO (PESSOA COM GRAU DE DEPENDÊNCIA ELEVADO – 2 ELEMENTOS – C/ RESGUARDO DE PANO)	
Sequência do procedimento	Fundamentação
1. Realize a higiene das mãos.	1. Previne a contaminação.
2. Identifique a pessoa.	2. Previne erros.
3. Explique o procedimento à pessoa.	3. Obtém o consentimento e a colaboração da pessoa para a realização do procedimento.
4. Elemento 1 e 2: Coloque-se, um à esquerda e outro à direita da cadeira/cadeirão, de frente um para o outro, com os pés afastados e os joelhos fletidos.	4. Permite a realização do procedimento. Previne lesões músculo-articulares.

5.Elemento 1 e 2: Enrole o resguardo e segure firmemente com uma mão ao nível dos ombros da pessoa e outra ao nível do cavado poplíteo.	5.Facilita o procedimento. Promove estabilidade e segurança do procedimento. Permite um menor esforço do prestador de cuidados e previne lesões músculo-articulares.
6.Elemento 1 e 2: Em simultâneo, eleve, com o resguardo, os membros inferiores e puxe o resguardo junto aos ombros no sentido ascendente.	6.Permite a realização do procedimento.
7.Elemento 1 e 2: Reposicione a pessoa na cadeira, verificando o apoio lombar e o ângulo da anca e joelhos. (Verifique se os joelhos e coxofemoral têm um ângulo de 90° de flexão e se a região dorsal e lombar estão apoiadas na cadeira/cadeirão).	7.Dá continuidade ao procedimento. Proporciona conforto. Facilita o procedimento. Previne incidentes.
8.Avalie como se sente a pessoa.	8.Permite despistar complicações.
9.Verifique se a pessoa fica confortavelmente sentada.	9.Proporciona conforto.
10.Realize a higiene das mãos.	10.Preve a contaminação.
11.Registe e documente os resultados - resposta da pessoa ao levantar: avaliação dos parâmetros vitais duração do levantar, complicações, outros.	11.Confirma o procedimento e identifica quem executou.

CORRIGIR O POSICIONAMENTO DA PESSOA NA CADEIRA DE RODAS (PESSOA COM GRAU DE DEPENDÊNCIA ELEVADO OU QUE NÃO PODE COLABORAR)	
Sequência do procedimento	Fundamentação
1.Realize a higiene das mãos.	1.Preve a contaminação.
2.Identifique a pessoa.	2.Preve erros.
3.Explique o procedimento à pessoa.	3.Obtém o consentimento e a colaboração da pessoa para a realização do procedimento.
4.Coloque-se por trás da cadeira, passando os antebraços sob as axilas da pessoa de modo a segurar-lhe os antebraços.	4.Permite a realização do procedimento em segurança.

5. Segure o antebraço esquerdo com a mão direita e o antebraço direito com a mão esquerda, de modo a evitar o impacto do peso do corpo e da força exercida sobre o ombro.	5. Para maior estabilidade e segurança do procedimento.
6. Flita os joelhos e alinhe a coluna vertebral.	6. Permite a realização do procedimento em segurança.
7. Realize extensão dos membros inferiores segurando firmemente o tronco da pessoa. Deve colocar a força nos quadríceps.	7. Facilita o procedimento. Previne incidentes. Permite um menor esforço do prestador de cuidados e previne lesões músculo-articulares.
8. Reposicione a pessoa na cadeira, verificando o apoio lombar e o ângulo da anca e joelhos (Verifique se os joelhos e coxofemoral têm um ângulo de 90° de flexão e se a região lombar está apoiada).	8. Dá continuidade ao procedimento. Proporciona conforto. Facilita o procedimento. Previne incidentes.
9. Avalie como se sente a pessoa.	9. Permite despistar complicações.
10. Verifique se a pessoa fica confortavelmente sentada.	10. Proporciona conforto.
11. Realize a higiene das mãos.	11. Previne a contaminação.
12. Registe e documente os resultados - resposta da pessoa ao levantar: avaliação dos parâmetros vitais duração do levantar, complicações, outros.	12. Confirma o procedimento e identifica quem executou.

REFERÊNCIAS:

- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia Orientador de Boa Prática: Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade - Posicionamentos, Transferências e Treino de Deambulação*. Obtido de Ordem dos Enfermeiros: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/gobp_mobilidade_vf_site.pdf
- Smith, N., & Caple, C. (18 de março de 2016). *Transfer of patient, Manual: Bed to Chair/ Commode or Gurney*. Obtido de Nursing Reference Center: <http://web.a.ebscohost.com/nrc/pdf?vid=49&sid=ff1f8787-7440-4bec-afd2-1ea42bf2fd6b%40sessionmgr4006&hid=4101>
- Smith, N., & Caple, C. (16 de março de 2016). *Transfer of Patient: Using Assistive Devices*. Obtido de Nursing Reference Center: <http://web.a.ebscohost.com/nrc/pdf?vid=46&sid=ff1f8787-7440-4bec-afd2-1ea42bf2fd6b%40sessionmgr4006&hid=4101>

Edição atualizada e revista de:

Ferreira, M., Leal, P., Cruchinho, P. (2006). Transferir a pessoa/cliente da cama. In Nunes, Lucília & Ruivo, Alice, Manual 2006: Técnicas de Enfermagem (Vol. I, pp.425-446). Setúbal: Departamento de Enfermagem ESS-IPS.

Norma de Procedimento de Enfermagem

Norma16. EXECUTAR MOVIMENTOS ARTICULARES PASSIVOS

Celso Ribeiro, Ana Lúcia Ramos & Andreia Ferrer Cerqueira

DEFINIÇÃO:

Procedimento de enfermagem de carácter autónomo e/ou interdependente que consiste num conjunto de atividades orientadas para a manutenção ou recuperação da amplitude do movimento articular, sem a colaboração da pessoa.

OBJETIVOS:

Manter a amplitude do movimento das respetivas articulações.

Manter a integridade cutânea e músculo-esquelética.

Prevenir a estase venosa.

Promover flexibilidade.

Manter a circulação.

Manter ou melhorar a capacidade funcional.

Prevenir contraturas.

Promover conforto e bem-estar da pessoa.

ORIENTAÇÕES PARA A EXECUÇÃO:

Antes do procedimento:

Consulte o processo e o plano de cuidados da pessoa de forma a verificar a prescrição e/ou a existência de contraindicações⁵¹ para a realização do procedimento.

Avalie a necessidade de administração de terapêutica analgésica para minimizar o desconforto da pessoa de acordo com a prescrição médica.

⁵¹ É contraindicado em pessoas com articulações inflamadas, fraturas, tumores ósseos ou metástases, tromboflebite ativa, enfarte agudo do miocárdio ou trauma recente com possíveis fraturas ou lesões internas. Evite os exercícios e relate à equipa médica se as articulações ou músculos encontrarem-se vermelhos, inflamados e / ou quentes ao toque (Smith & Caple, 2016).

Avalie o grau de alteração no autocuidado para a atividade física da pessoa, o ambiente (condições ambientais da unidade: temperatura, ventilação e iluminação) e pondere a necessidade de realizar o procedimento com ajuda de outro(s) elemento(s).

Durante o procedimento:

Respeite a privacidade/intimidade da pessoa.

Garanta a existência de espaço suficiente para manobrar e desempenhar as atividades necessárias.

Respeite os princípios da ergonomia e da biomecânica.

Use um uniforme que permita liberdade de movimento dos ombros, cintura, anca e membros inferiores.

Use sapatos com sola antiderrapantes e que garantam uma base de apoio estável.

Assegure que a pessoa está com roupa confortável, para aumentar a amplitude e facilidade dos movimentos articulares.

Posicione a pessoa em decúbito dorsal (a pessoa deve ter os pés juntos, os membros superiores em extensão ao longo do tronco, respeitando o alinhamento corporal).

Repita cada movimento 5 a 10 vezes (utilizando toda a amplitude de movimento da articulação), sendo que após cada sequência, deve voltar à posição original.

Para a realização dos procedimentos de enfermagem pode ser importante descrever os movimentos articulares realizados na/pela pessoa. No quadro seguinte especificam-se os tipos de movimentos articulares:

<i>Flexão</i>	Movimento que reduz o ângulo formado por dois ossos.	<i>Extensão</i>	Movimento que aumenta o ângulo entre dois ossos.
<i>Hiperextensão</i>	Movimento que aumenta o ângulo entre dois ossos, para além do ângulo raso.	<i>Abdução</i>	Movimento de afastamento do de um osso do plano médio do corpo ou do membro.
<i>Adução</i>	Movimento de aproximação do de um osso do plano médio do corpo ou do membro.	<i>Circundação</i>	Movimento em cone cuja articulação proximal constitui o vértice.
<i>Rotação Interna</i>	Movimento de uma parte do corpo em torno do seu eixo de fora para dentro.	<i>Rotação Externa</i>	Movimento de uma parte do corpo em torno do seu eixo de dentro para fora.

<i>Pronação</i>	Movimento do antebraço que tem como consequência a rotação da mão de fora para dentro, com a face palmar virada para baixo – só se aplica ao membro superior.	<i>Supinação</i>	Movimento que tem como efeito a rotação da mão de dentro para fora, com a palma da mão voltada para cima.
-----------------	---	------------------	---


EXECUTAR MOVIMENTOS ARTICULARES PASSIVOS: MOBILIZAR O PESCOÇO	
Sequência do procedimento	Fundamentação
1.Realize a higiene das mãos.	1.Preve a contaminação.
2.Explique o procedimento à pessoa e estimule-a a ajudar em tudo o que puder.	2.Informa a pessoa e minimiza a sua ansiedade; obtém consentimento e a colaboração da pessoa para a realização do procedimento.
3.Coloque-se no lado da cama para o qual pretende que a pessoa seja movimentada e baixe a grade de proteção desse lado.	3.Permite iniciar o procedimento.
4.Leve a roupa até aos pés da cama, com exceção do lençol de cima; faça uma prega no lençol de cima do lado no qual se encontra.	4.Mantém a privacidade da pessoa.
<p>5.Execute a flexão e extensão do pescoço (colocar uma mão sob a nuca da pessoa e a outra sob o queixo; mover a cabeça no sentido do queixo, tocar no tórax e depois voltar à posição de repouso).</p>  <p>Fig. 1: Extensão do Pescoço</p>	5.Facilita a realização do procedimento, de forma a garantir o exercício da capacidade máxima de amplitude da articulação.



Fig. 2: Flexão do Pescoço

6.Execute a **flexão lateral do pescoço** (colocar uma mão sob a nuca da pessoa e a outra sob o queixo; mover a cabeça de forma a que pavilhão auricular se oriente para o ombro).



Fig. 3:1 Flexão lateral do Pescoço


6.Idem.

7.Execute a **rotação do pescoço** (colocar uma mão sob a nuca da pessoa e a outra sob o queixo; rodar a cabeça de forma a que as faces do utente, alternadamente, toquem na superfície da cama).









Fig. 4:- Rotação do Pescoço


7.Idem.

<p>8.Execute a hiperextensão do pescoço (colocar, neste particular, a pessoa em decúbito ventral; apoiar com uma mão a frente da pessoa e com a outra mão apoiar a região occipital; dirigir a cabeça para a região posterior do tórax.</p>  <p>Fig. 5: Hiperextensão do Pescoço</p>	<p>8.Idem.</p>
<p>9.Posicione a pessoa, se necessário.</p>	<p>9.Proporciona conforto.</p>
<p>10.Volte a colocar a roupa da cama sobre o lençol de cima, se necessário.</p>	<p>10.Mantém a temperatura corporal da pessoa.</p>
<p>11.Suba as grades de proteção, se necessário.</p>	<p>11.Mantém a segurança da pessoa.</p>
<p>12.Realize a higiene das mãos.</p>	<p>12.Previne a contaminação.</p>
<p>13.Registe e documente os resultados (horário, local de movimentação, sequências realizadas, reação da pessoa).</p>	<p>13.Confirma o procedimento. Identifica quem executou.</p>



EXECUTAR MOVIMENTOS ARTICULARES PASSIVOS: MOBILIZAR O OMBRO	
Sequência do procedimento	Fundamentação
<p>1.Realize a higiene das mãos.</p>	<p>1.Previne a contaminação.</p>
<p>2.Explique o procedimento à pessoa e estimule-a a ajudar em tudo o que puder.</p>	<p>2.Informa a pessoa e minimiza a sua ansiedade; obtém consentimento e a colaboração da pessoa para a realização do procedimento.</p>


<p>3. Coloque-se no lado da cama para o qual pretende que a pessoa seja movimentada e baixe a grade de proteção desse lado.</p>	<p>3. Permite iniciar o procedimento.</p>
<p>4. Leve a roupa até aos pés da cama, com exceção do lençol de cima; faça uma prega no lençol de cima do lado no qual se encontra.</p>	<p>4. Mantém a privacidade da pessoa.</p>
<p>5. Inicie cada movimento com o membro superior situado ao longo do tronco.</p>  <p>Fig. 6: Alinhamento corporal</p>	<p>5. Facilita a realização do procedimento, de forma a garantir o exercício da capacidade máxima de amplitude da articulação.</p>
<p>6. Suporte o membro superior com uma mão colocada no punho e outra no cotovelo.</p>  <p>Fig. 7: Suporte do Membro Superior</p>	<p>6. Idem.</p>
<p>7. Execute a flexão do ombro (mover o membro superior para cima e em direção à cabeça da cama).</p>  <p>Fig. 8: Flexão do Ombro</p>	<p>7. Idem.</p>


<p>8.Execute a abdução e rotação externa do ombro (afastar o membro superior do tronco dirigindo-o em direção à cabeça da pessoa, até que a mão esteja posicionada junto desta).</p>  <p>Fig. 9: Abdução do Ombro</p>	<p>8.Idem.</p>
<p>9.Execute a adução do ombro (mobilizar o membro sobre o tórax em direção à mão do membro oposto).</p>  <p>Fig. 10: Adução do Ombro</p>	<p>9.Idem.</p>
<p>10.Executar a rotação interna e externa do ombro (colocar o braço ao nível do ombro – abdução de 90° - e flexionar o cotovelo de forma a que o antebraço forme um ângulo reto com a superfície da cama. Mover o antebraço para cima e para baixo por forma a que a palma da mão e o seu dorso toquem alternadamente na superfície da cama).</p>  <p>Fig. 11: Rotação Externa do Ombro</p>	<p>10.Idem.</p>



11. Execute a flexão e extensão do cotovelo (flexionar o cotovelo até que os dedos toquem no queixo).	11. Idem.
12. Execute a hiperextensão do ombro (colocar a pessoa em decúbito ventral; colocar uma mão sobre o ombro impedindo que este se afaste da superfície da cama; puxar o antebraço para cima e para trás).	12. Idem.
 <p>Fig. 12: Hiperextensão do Ombro</p>	
13. Posicione a pessoa, se necessário.	13. Proporciona conforto.
14. Volte a colocar a roupa da cama sobre o lençol de cima, se necessário.	14. Mantém a temperatura corporal da pessoa.
15. Suba as grades de proteção, se necessário.	15. Mantém a segurança da pessoa.
16. Realize a higiene das mãos.	16. Previne a contaminação.
17. Registe e documente os resultados (horário, local de movimentação, sequências realizadas, reação da pessoa)	17. Confirma o procedimento. Identifica quem executou.

EXECUTAR MOVIMENTOS ARTICULARES PASSIVOS: MOBILIZAR O ANTEBRAÇO	
Sequência do procedimento	Fundamentação
1. Realize a higiene das mãos.	1. Previne a contaminação.
2. Explique o procedimento à pessoa e estimule-a a ajudar em tudo o que puder.	2. Informa a pessoa e minimiza a sua ansiedade; obtém consentimento e a colaboração da pessoa para a realização do procedimento.

3. Coloque-se no lado da cama para o qual pretende que a pessoa seja movimentada e baixe a grade de proteção desse lado.	3. Permite iniciar o procedimento.
4. Leve a roupa até aos pés da cama, com exceção do lençol de cima; faça uma prega no lençol de cima do lado no qual se encontra.	4. Mantém a privacidade da pessoa.
5. Apoie o cotovelo da pessoa com uma mão e com a outra apoiar a mão da pessoa executando os movimentos de pronação e supinação do antebraço , assegurando que só se movimenta o antebraço e nunca o ombro.	5. Facilita a realização do procedimento, de forma a garantir o exercício da capacidade máxima de amplitude da articulação.
 <p>Fig. 13: Pronação do Antebraço</p>  <p>Fig. 14: Supinação do Antebraço</p>	
6. Posicione a pessoa, se necessário.	6. Proporciona conforto.
7. Volte a colocar a roupa da cama sobre o lençol de cima, se necessário.	7. Mantém a temperatura corporal da pessoa.
8. Suba as grades de proteção, se necessário.	8. Mantém a segurança da pessoa.
9. Realize a higiene das mãos.	9. Previne a contaminação.
10. Registe e documente os resultados (horário, local de movimentação, sequências realizadas, reação da pessoa).	10. Confirma o procedimento. Identifica quem executou.

EXECUTAR MOVIMENTOS ARTICULARES PASSIVOS: MOBILIZAR O PUNHO E DEDOS DA MÃO	
Sequência do procedimento	Fundamentação
1.Realize a higiene das mãos.	1.Previne a contaminação.
2.Explique o procedimento à pessoa e estimule-a a ajudar em tudo o que puder.	2.Informa a pessoa e minimiza a sua ansiedade; obtém consentimento e a colaboração da pessoa para a realização do procedimento.
3.Coloque-se no lado da cama para o qual pretende que a pessoa seja movimentada e baixe a grade de proteção desse lado.	3.Permite iniciar o procedimento.
4.Leve a roupa até aos pés da cama, com exceção do lençol de cima; faça uma prega no lençol de cima do lado no qual se encontra.	4.Mantém a privacidade da pessoa.
<p>5.Flexione o braço da pessoa ao nível do cotovelo até que o antebraço forme um ângulo reto com a superfície da cama. Apoiar o antebraço numa região próxima ao punho com uma mão e, com a outra, mobilizar a articulação do punho e os dedos;</p>  <p>Fig. 15: Flexão do Antebraço num ângulo reto</p>	5.Facilita a realização do procedimento, de forma a garantir o exercício da capacidade máxima de amplitude da articulação.

<p>6. Execute a hiperextensão do punho e a flexão dos dedos (dobrar o punho para trás e ao mesmo tempo flexionar os dedos em direção à palma da mão). Alinhar o punho com o braço colocando os nossos dedos sobre os da pessoa formando um “punho”.</p>  <p>Fig. 16: Hiperextensão do Punho e Flexão dos Dedos</p>	<p>6. Facilita a realização do procedimento, de forma a garantir o exercício da capacidade máxima de amplitude da articulação.</p>
<p>7. Execute a flexão do punho e ao mesmo tempo estender os dedos.»</p>	<p>7. Idem.</p>
<p>8. Execute a abdução e oposição do polegar.</p>	<p>8. Idem.</p>
<p>9. Posicione a pessoa, se necessário.</p>	<p>9. Proporciona conforto.</p>
<p>10. Volte a colocar a roupa da cama sobre o lençol de cima, se necessário.</p>	<p>10. Mantém a temperatura corporal da pessoa.</p>
<p>11. Suba as grades de proteção, se necessário.</p>	<p>11. Mantém a segurança da pessoa.</p>
<p>12. Realize a higiene das mãos.</p>	<p>12. Previne a contaminação.</p>
<p>13. Registe e documente os resultados (horário, local de movimentação, sequências realizadas, reação da pessoa).</p>	<p>13. Confirma o procedimento. Identifica quem executou.</p>

EXECUTAR MOVIMENTOS ARTICULARES PASSIVOS: MOBILIZAR OS MEMBROS INFERIORES	
Sequência do procedimento	Fundamentação
1.Realize a higiene das mãos.	1.Previne a contaminação.
2.Explique o procedimento à pessoa e estimule-a a ajudar em tudo o que puder.	2.Informa a pessoa e minimiza a sua ansiedade; obtém consentimento e a colaboração da pessoa para a realização do procedimento.
3.Coloque-se no lado da cama para o qual pretende que a pessoa seja movimentada e baixe a grade de proteção desse lado.	3.Permite iniciar o procedimento.
4.Leve a roupa até aos pés da cama, com exceção do lençol de cima; faça uma prega no lençol de cima do lado no qual se encontra.	4.Mantém a privacidade da pessoa.
5.Apoie o membro ao nível do joelho e articulação do tornozelo.	5.Facilita a realização do procedimento, de forma a garantir o exercício da capacidade máxima de amplitude da articulação.
 <p>Fig. 17: Apoio do Membro Inferior</p>	
6.Execute a flexão e extensão da articulação coxofemoral e joelho (levantando a perna e dobrando o joelho em direção ao tórax. Voltar a baixar a perna, estender o joelho e apoiar a perna sobre a superfície da cama).	6.Idem.
 <p>Fig. 18: Flexão e Extensão da Anca e Joelho</p>	




<p>7.Execute abdução e adução da perna (para realizar a abdução da perna deve-se afastar a perna da linha média; para realizar a adução da perna deve-se cruzá-la sobre a outra num movimento contrário à abdução).</p>  <p>Fig. 19: Abdução da Perna</p>  <p>Fig. 20: Adução da Perna</p>	<p>7.Idem.</p>
<p>8.Execute a rotação interna e externa da articulação coxofemoral (rodando a perna para dentro e depois no sentido contrário).</p>  <p>Fig. 21: Rotação Interna da Perna</p>	<p>8.Idem.</p>
<p>9.Execute a hiperextensão da articulação coxofemoral (colocar a pessoa em decúbito ventral; colocar uma mão sobre o quadril impedindo que este se afaste da superfície da cama; com a outra mão sustentar o joelho e apoiar a perna da pessoa sobre o nosso antebraço; elevar o membro inferior até ao limite do possível.</p>	<p>9.Idem.</p>



Fig. 22: Hiperextensão da articulação coxofemoral

10. Posicione a pessoa, se necessário.	10. Proporciona conforto.
11. Volte a colocar a roupa da cama sobre o lençol de cima, se necessário.	11. Mantém a temperatura corporal da pessoa.
12. Suba as grades de proteção, se necessário.	12. Mantém a segurança da pessoa.
13. Realize a higiene das mãos.	13. Previne a contaminação.
14. Registe e documente os resultados (horário, local de movimentação, sequências realizadas, reação da pessoa).	14. Confirma o procedimento. Identifica quem executou.

EXECUTAR MOVIMENTOS ARTICULARES PASSIVOS: MOBILIZAR O TORNOZELO E O PÉ	
Sequência do procedimento	Fundamentação
1. Realize a higiene das mãos.	1. Previne a contaminação.
2. Explique o procedimento à pessoa e estimule-a a ajudar em tudo o que puder.	2. Informa a pessoa e minimiza a sua ansiedade; obtém consentimento e a colaboração da pessoa para a realização do procedimento.
3. Coloque-se no lado da cama para o qual pretende que a pessoa seja movimentada e baixe a grade de proteção desse lado.	3. Permite iniciar o procedimento.
4. Leve a roupa até aos pés da cama, com exceção do lençol de cima; faça uma prega no lençol de cima do lado no qual se encontra.	4. Mantém a privacidade da pessoa.

5. Execute a **dorsiflexão do pé e a extensão do tendão de Aquiles** (colocar a mão sob o calcanhar da pessoa, apoiando a parte interna do antebraço na planta do pé da pessoa; colocar a outra mão em apoio sobre o joelho, exercer pressão contra o pé em direção à perna).



Fig. 23: Dorsiflexão do Pé



Fig. 24: Extensão do Pé

5. Facilita a realização do procedimento, de forma a garantir o exercício da capacidade máxima de amplitude da articulação.

6. Execute a **inversão e eversão do pé** (colocar uma mão sob o calcanhar e a outra sobre a região dorsal do pé; girar o pé em direção ao interior e depois no sentido contrário).



Fig. 25: - Eversão do Pé



Fig. 26: Inversão do Pé

6. Idem.

7.Execute a flexão plantar do pé, e a extensão e flexão dos dedos do pé (colocar uma mão sobre a região dorsal do pé; colocar os dedos da outra mão sob/sobre os dedos do pé da pessoa para dirigi-los para cima e para baixo).	7.Idem.
8.Posicione a pessoa, se necessário.	8.Proporciona conforto.
9.Volte a colocar a roupa da cama sobre o lençol de cima, se necessário.	9.Mantém a temperatura corporal da pessoa.
10.Suba as grades de proteção, se necessário.	10.Mantém a segurança da pessoa.
11.Realize a higiene das mãos.	11.Preve a contaminação.
12.Registe e documente os resultados (horário, local de movimentação, sequências realizadas, reação da pessoa).	12.Confirma o procedimento. Identifica quem executou.

REFERÊNCIAS:

Smith, N., & Caple, C. (27 de maio de 2016). *Range-of-Motion Exercises, Passive – Performing. Nursing Practice & Skill*. Obtido de Nursing Reference Center: [http:// http://web.b.ebscohost.com/nrc/pdf?vid=2&sid=0003a3ff-06a5-46da-9bc9-45d0c7e2e425%40sessionmgr120&hid=125](http://web.b.ebscohost.com/nrc/pdf?vid=2&sid=0003a3ff-06a5-46da-9bc9-45d0c7e2e425%40sessionmgr120&hid=125)

Norma de Procedimento de Enfermagem

Norma 17. TREINAR PESSOA A ANDAR COM MEIO AUXILIAR DE MARCHA

Celso Ribeiro, Ana Lúcia Ramos & Andreia Ferrer Cerqueira

DEFINIÇÃO:

Procedimento de enfermagem de caráter autónomo e interdependente que consiste em ensinar e treinar a pessoa a deambular recorrendo a meios auxiliares de marcha (bengalas, muletas e andarilho) em situações de dor articular, dor muscular e óssea, impossibilidade de exercer carga sobre uma ou mais articulações dos membros inferiores e de alteração do equilíbrio.

OBJETIVOS:

Promover a independência no autocuidado para a atividade física⁵²;

Aumentar a estabilidade durante a marcha⁵³;

Apoiar os membros inferiores com diminuição de força muscular – um ou ambos;

Reduzir a carga nas articulações coxofemoral, joelho e tibiotársica, em casos de fratura, parésia, amputação e mesmo paraplegia;

Melhorar o equilíbrio;

Diminuir da dor⁵⁴;

Facilitar os processos de cicatrização e consolidação óssea.

⁵² O ensino à pessoa do treino de marcha pode ser realizado em hospitais, unidades de cuidados continuados, lares, consultórios, clínicas ambulatoriais, e domicílios (Ciasulli & Woten, 2014)

⁵³ Cerca de 80% das pessoas que vivem numa instituição de cuidados a longo prazo, necessitam de um meio auxiliar de marcha, como uma bengala ou um andarilho (Haines *et al.* in Ciasulli & Woten, 2014); Estima-se que 10,2% dos adultos mais velhos (ou seja, 65 anos de idade ou mais velhos), usem uma bengala diariamente (Liu *et al.* in Caple & Richards, 2015); Até 76% dos pacientes pós-AVC usam um meio auxiliar de marcha, como uma bengala (Perez *et al.* in Caple & Richards, 2015)

⁵⁴ Num estudo com 64 pacientes com osteoartrite do joelho, os investigadores observaram que o uso de bengala diariamente ao longo de um período de dois meses foi associado a melhorias significativas na dor, função e alguns aspetos da qualidade de vida (Jones *et al.* in Caple & Richards, 2015)

ORIENTAÇÕES PARA A EXECUÇÃO:

Antes do procedimento:

Relembre que a preparação para a deambulação deve ser realizada através da manutenção da amplitude dos movimentos articulares, posicionamentos adequados no leito e levante precoce, com vista a ter um efeito benéfico na manutenção das funções que visam facilitar a marcha;

Consulte o processo clínico e o plano de cuidados para conhecer o estado clínico e identificar o nível de dependência da pessoa⁵⁵;

Selecione o meio auxiliar de marcha mais adequado da pessoa, atendendo às suas características, nomeadamente: idade, coordenação muscular, força e movimento ao nível dos membros inferiores, existência de alterações no equilíbrio corporal;

Atenda às indicações dos diferentes equipamentos:

<i>Bengala</i>
Usada para aumentar a segurança e equilíbrio através do alargamento da base de sustentação e para apoiar o peso de um dos membros inferiores. Existem três tipos de bengalas: 1) Bengala Comum; 2) Bengala de Mão em T; Bengala em Aranha (4 pontos de apoio) e o Tripé ou Pirâmide (3 pontos de apoio).
<i>Muletas</i>
Utilizadas quando as pessoas têm força suficiente nos membros superiores, para apoiar o peso (diminuir a carga) de um ou ambos os membros inferiores, e melhorar o equilíbrio; Existem três tipos de muletas, que diferem apenas nos pontos de apoio dos membros superiores e das mãos: as 1) Muletas Axilares; 2) as Muletas de Lofstrand ou Canadianas e as 3) as Muletas de Plataforma (apropriada a pessoas que não podem realizar demasiada carga nas suas mãos, colocando o peso do seu corpo sobre os antebraços); As muletas axilares são menos utilizadas do que as canadianas devido ao risco de lesão do nervo radial por compressão prolongada na região axilar.

⁵⁵ Antes de se iniciar o treino de marcha, deve-se utilizar uma avaliação sistemática da pessoa que incluía uma Escala de Avaliação Neurológica, com os seguintes requisitos: (a) Avaliação de sinais vitais; (b) Avaliação física dos membros inferiores, incluindo a sua força muscular; (c) Rastreio de anomalias no equilíbrio (instabilidade possivelmente devido a hipotensão ortostática, doença cerebral, déficits sensoriais, fraqueza muscular ou dor); (d) Avaliação do risco da queda; (e) Pesquisa de doenças vasculares, doenças reumáticas, malformações nos pés (como dedos em martelo ou joanetes) que podem causar dor quando a pessoa está a deambular; (f) Exame da amplitude de movimento das articulações coxofemoral, joelho, e tibiotársica; (g) Palpação do pulso femoral, poplíteo, pedioso, para pesquisa de uma eventual diminuição da pulsação que pode indicar insuficiência vascular (Caple & Richards, 2015).

Andarilho

É um meio auxiliar de marcha, que melhora o equilíbrio da pessoa, aumentando a base de apoio do mesmo (Ciasulli & Woten, 2014);

Pode ser indicado para situações de uso a curto prazo, em caso de recuperação de lesão ou cirurgia, com necessidade de manter a mobilidade, e em situações de uso a longo prazo, com uma diminuição crônica da força dos membros inferiores, e falta de equilíbrio. (Ciasulli & Woten, 2014);

Indicado para pessoas em situações de fraqueza generalizada dos membros superiores e inferiores, nos idosos, com exemplos de casos de artrite, fratura da anca e doenças neuromusculares.

Existem vários tipos de andarilhos: articuláveis, com assento retráctil, com rodas dianteiras, entre outros.

Atenda à potencial limitação de carga que a pessoa pode realizar, pois o peso do corpo é conduzido ao chão através da conjugação de fatores como o tronco, os membros superiores e as muletas, dependendo do tipo de carga no(s) membro(s) inferior(es) que a pessoa pode realizar:

- a. *Carga Total* – A pessoa pode realizar carga sobre o(s) membro(s) afetado(s);
- b. *Carga Parcial* – A pessoa pode praticar carga parcial do peso do seu corpo sobre o(s) membro(s) afetado(s);
- c. *Sem carga ou descarga do membro* – A pessoa não pode fazer qualquer carga sobre o membro afetado, com ou sem contacto do pé com o solo.

Antes do treino da marcha, estimule a pessoa na execução de exercícios de fortalecimento muscular;

Verifique as condições de segurança da cama de forma a evitar quedas;

Verifique o estado do pavimento e retire tapetes/carpetes ou outros objetos do local de passagem;

Verifique o estado das proteções de borracha dos dispositivos de marcha;

Calce adequadamente a pessoa (sapatos ajustados, salto raso e sola antiderrapante);

Sempre que possível, coloque na pessoa um cinto de segurança de forma a apoiar a execução do procedimento agarrando pela zona mediana ou colocando as mãos na sua cintura;

Durante o procedimento:

Instrua a pessoa sobre a técnica a utilizar realizando uma demonstração da mesma; posteriormente solicite que a pessoa realize ela própria o modo de utilização do auxiliar de marcha selecionado;

No caso do meio auxiliar de marcha ser uma cadeira de rodas, esteja atento às condições de segurança relacionadas com a pressão dos pneus e os travões, assim como às indicações a transmitir ao acompanhante da pessoa:

I. Para descer um degrau com a cadeira de rodas:

- a) Conduza a cadeira de rodas até à borda do degrau, e referir à pessoa para agarrar-se aos aros motores;
- b) O acompanhante segura ambos os punhos da cadeira de rodas, e inclina a mesma para trás, de forma a levantar as rodas dianteiras do chão;
- c) O acompanhante segura a cadeira de rodas nesta posição, empurra-a cuidadosamente para descer o degrau e inclina a cadeira para a frente até as rodas dianteiras tocarem novamente no chão.

II. Para subir um degrau com a cadeira de rodas:

- a) Conduza a cadeira de rodas para que as rodas traseiras atinjam o bordo do degrau;
- b) Segurando ambos os punhos, o acompanhante inclina a cadeira de rodas para que as rodas dianteiras se ergam do chão e empurra as rodas traseiras sobre a borda até que as rodas dianteiras possam ser colocadas no chão.

Após o procedimento:

Realize os registos os registos finais no processo clínico, contemplando: (a) A data e hora do ensino; (b) O tipo do meio auxiliar de marcha escolhido, e em que nível os componentes ajustáveis foram definidos (por exemplo, a altura da perna); (c) A avaliação da possível dor vivenciada antes, durante ou depois de usar o respetivo meio auxiliar de marcha; (d) A eficiência e tolerância demonstrada pela pessoa, usando o meio auxiliar de marcha; (e) A distância que a pessoa percorreu com o respetivo auxílio; (f) Os eventos inesperados da pessoa, como por exemplo, uma queda, falta de ar durante a deambulação (Ciasulli & Woten, 2014).



MATERIAL NECESSÁRIO:

Bengala, muleta, andariço ou cadeira de rodas;

Sapatos adequados (salto raso, sola antiderrapante);

Cinto de segurança (se necessário).

TREINAR A PESSOA A ANDAR COM BENGALA (COMUM, ARANHA, PIRÂMIDE OU TRIPÉ)	
Sequência do procedimento	Fundamentação
1. Identifique a pessoa.	1. Confirma a identidade da pessoa.
2. Realize a higiene das mãos.	2. Previne a contaminação.

3.Sugira o meio auxiliar de marcha adequado à pessoa e peça o seu consentimento e colaboração	3.Informa sobre o procedimento e obtém consentimento e colaboração
4.Ensine a pessoa sobre as condições de segurança para a realização do procedimento, nomeadamente da cama, do calçado, do pavimento, dos circuitos de passagem.	4.Preve quedas.
5.Ensine a pessoa a verificar as condições das proteções de borracha do auxiliar marcha.	5.Idem.
6.Regule a altura da bengala à altura da pessoa, para que a pega da mesma fique ao nível da articulação coxofemoral, permitindo uma flexão da articulação do cotovelo de 15 a 30° - exceto na bengala comum.	6.Permite que a pessoa fique mais confortável e realize o procedimento com o mínimo dispêndio de energia; melhora a capacidade de transferência do peso dos membros inferiores para os membros superiores.
7.Explique os objetivos do exercício e demonstre a técnica a usar com o auxiliar de marcha selecionado, de acordo com os passos seguintes.	7.Promove o sucesso do treino com auxiliar de marcha.
8.Coloque os pés alinhados e ligeiramente afastados fazendo carga nos dois membros.  <p>Fig.1: Pés alinhados.</p>	8.Garante a estabilidade corporal.
9.Coloque a bengala do lado não afetado 10 a 15 cm lateralmente ao pé.  <p>Fig.2: Colocação da bengala no lado saudável.</p>	9.Permite a distribuição uniforme do peso corporal.
10.Coloque as costas direitas e olhe em frente, optando por uma marcha lenta ou uma marcha rápida, conforme a situação.	10.Evita o afastamento da linha de gravidade do centro da base de sustentação e consequente desequilíbrio da pessoa.

11. Na marcha lenta:

-Desloque a bengala cerca de 15 a 20 cm para além dos pés.

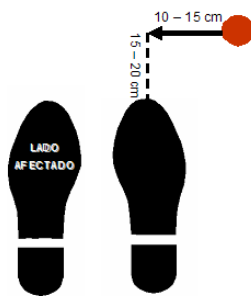


Fig.3: Avanço da bengala.

-Desloque o membro afetado cerca de 15 a 25 de forma a ficar paralelo com a bengala.

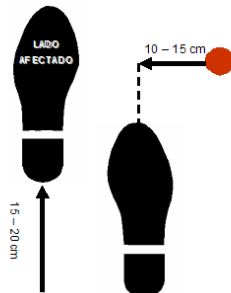


Fig.4: Avanço do pé do lado afetado.

-Desloque o membro não afetado para além da bengala.

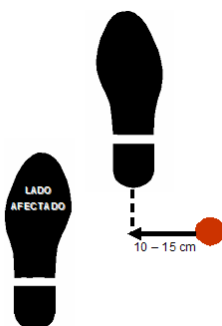


Fig.4: Avanço do pé do lado saudável.

-Continue a marcha repetindo os passos descritos.

11. Garante que o suporte do peso corporal é efetuado pela bengala e pelo membro não afetado.

12. Na marcha rápida:

12. Idem.

-Desloque o membro afetado cerca de 15 a 25 em simultâneo com a bengala de forma a ficarem paralelos.

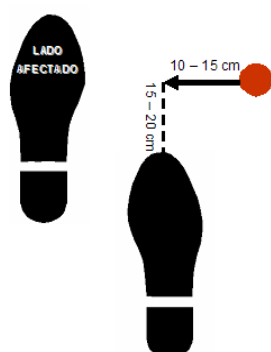


Fig.6: Avanço simultâneo do pé do lado afetado e da bengala.

-Desloque o membro não afetado para além da bengala

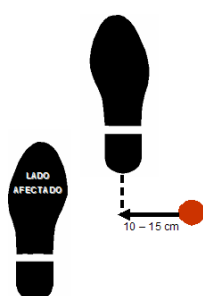


Fig.7: Avanço do pé do lado saudável.

-Continue a marcha repetindo os passos descritos.

13.Ensine a pessoa a levantar a bengala em cada um dos passos, em vez de a arrastar.

13.Evita que a extremidade do dispositivo fique presa em tapetes ou carpetes e consequentes quedas; previne o desgaste das proteções de borracha.

14.Solicite à pessoa que demonstre a verificação das proteções de borracha do auxiliar de marcha selecionado e supervisione a execução.

14.Promove a autonomia e o sucesso da aprendizagem de capacidades.

15.Solicite à pessoa que regule o auxiliar de marcha selecionado à sua altura e supervisione a execução

15.Idem.

16.Solicite à pessoa que demonstre a utilização do auxiliar de marcha selecionado de acordo com a(s) técnicas ensinadas e supervisione a sua realização.	16.Ibidem.
17.Negoceie com a pessoa até onde vai andar.	17.Define um objetivo comum tendo em conta as capacidades da pessoa.
18.Assista a pessoa até que esta tenha capacidade para se deslocar sozinha.	18.Promove a independência no autocuidado para andar com auxiliar de marcha.
19.Coloque ou assista a pessoa a colocar-se numa posição de repouso confortável.	19.Promove o conforto da pessoa após o procedimento.
20.Arrume o material utilizado.	20.Economiza tempo e facilita o procedimento.
21.Realize a higiene das mãos.	21.Preve a contaminação.
22.Registe e documente os resultados (marcha realizada, distância percorrida, necessidade de repouso e/ou outras intercorrências, receção aos ensinamentos).	22.Confirma o procedimento, identifica quem executou e promove a continuidade dos cuidados.

TREINAR A PESSOA A ANDAR COM MULETAS	
Sequência do procedimento	Fundamentação
1.Identifique a pessoa.	1.Confirma a identidade da pessoa.
2.Realize a higiene das mãos.	2.Preve a contaminação.
3.Sugira o meio auxiliar de marcha adequado à pessoa e peça o seu consentimento e colaboração.	3.Informa sobre o procedimento e obtém consentimento e colaboração.
4.Ensine a pessoa sobre as condições de segurança para a realização do procedimento, nomeadamente da cama, do calçado, do pavimento, dos circuitos de passagem.	4.Preve quedas.
5.Ensine a pessoa a verificar as condições das proteções de borracha do auxiliar marcha.	5.Idem.
6.Regule a altura das muletas à altura da pessoa, para que a pega do mesmo fique ao nível da articulação coxofemoral, permitindo uma flexão da	6.Permite que a pessoa fique mais confortável e realize o procedimento com o mínimo dispêndio de energia; melhora a capacidade de

<p>articulação do cotovelo de 15 a 30°. Nas muletas com almofada confirmar se esta fica entre três a quatro dedos (4 a 5 cm) abaixo da axila.</p>	<p>transferência do peso dos membros inferiores para os membros superiores.</p>
<p>7.Explique os objetivos do exercício e demonstre a técnica a usar com o auxiliar de marcha selecionado, de acordo com os passos seguintes.</p>	<p>7.Promove o sucesso do treino com auxiliar de marcha.</p>
<p>8.Coloque os pés alinhados e ligeiramente afastados, fazendo carga nos dois pés.</p>	<p>8.Garante a estabilidade corporal.</p>
<p>9.Coloque cada uma das muletas a 10 a 15 cm de cada pé.</p> <div data-bbox="357 730 730 943" data-label="Image"> </div> <p>Fig.8: Posição das muletas.</p>	<p>9.Permite a distribuição uniforme do peso corporal.</p>
<p>10.Coloque as costas direitas e olhe em frente, optando por uma marcha a 4 pontos, a 3 pontos, a 2 pontos, com balanço até às muletas, de salto ou balanço para além das muletas.</p>	<p>10.Evita o afastamento da linha de gravidade do centro da base de sustentação e consequente desequilíbrio da pessoa.</p>
<p>11.<u>Na marcha a 4 pontos</u>⁵⁶:</p> <p>-Avance a muleta direita 10 a 15 cm.</p> <div data-bbox="339 1346 740 1615" data-label="Image"> </div> <p>Fig.9: Avanço do muleta direita.</p>	<p>11.Garante que o suporte do peso corporal é efetuado pela muleta e por cada um dos membros.</p>

⁵⁶ Utilizada quando ambos os membros inferiores necessitam de fazer carga parcial.

-Desloque o pé esquerdo até ao nível da muleta direita.

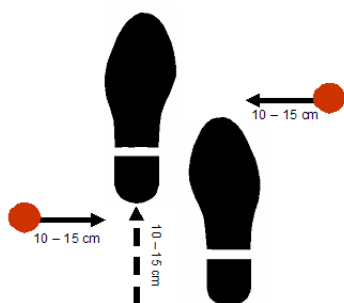


Fig.10: Avanço do pé esquerdo.

-Avance a muleta esquerda cerca de 10 a 15cm.

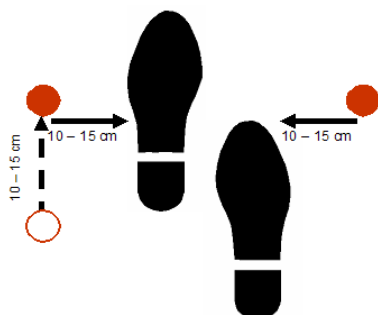


Fig.11: Avanço da muleta esquerda.

Continue a marcha repetindo os passos escritos.

12. Na marcha a 3 pontos⁵⁷:

-Avance simultaneamente as duas muletas e o membro afetado cerca de 10 a 15 cm.

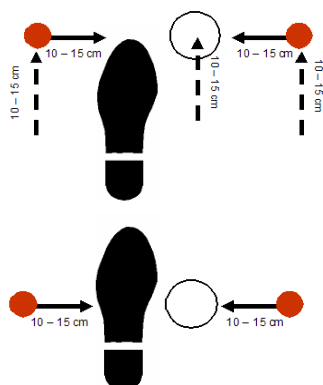


Fig.12: Avanço das muletas e membro afetado.

⁵⁷ Utilizada sempre que é necessário que um dos membros inferiores faça carga parcial ou não faça carga. Existem três pontos de apoio quando o membro afetado faz carga parcial ou progride apoiado no chão sem exercer carga.

Avance o pé que faz carga cerca de 10 a 15 cm

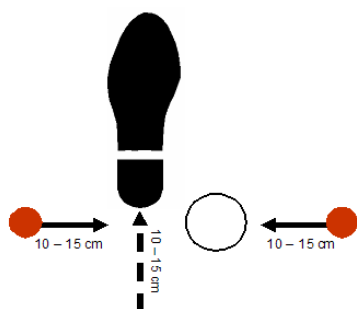


Fig.13: Avanço do pé que faz carga.

Continue a marcha repetindo os passos descritos.

13. Na marcha a 2 pontos⁵⁸:

-Avance simultaneamente a muleta direita e o pé esquerdo cerca de 10 a 15 cm.

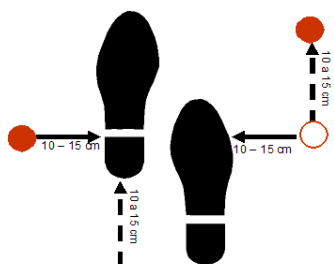


Fig.14: Avanço do pé esquerdo e da muleta direita.

-Avance simultaneamente a muleta esquerda e o pé direito cerca de 10 a 15 cm

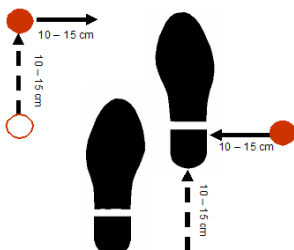


Fig.15: Avanço do pé direito e da muleta esquerda.

-Continue a marcha repetindo os passos descritos.

13. Garante que o suporte do peso corporal é efetuado pela muleta e pelo membro não afetado.

⁵⁸ Utilizada quando se necessita de reforçar parcialmente cada um dos membros inferiores alternadamente. Existem dois pontos de apoio.

14. Na marcha com balanço até às muletas⁵⁹:

-Avance simultaneamente as duas muletas cerca de 10 a 15 cm.

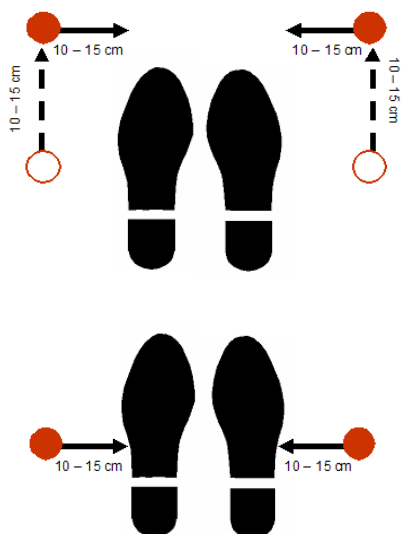


Fig.16: Avanço simultâneo das duas muletas.

-Exerça força sobre as muletas e desloque os pés até às muletas.

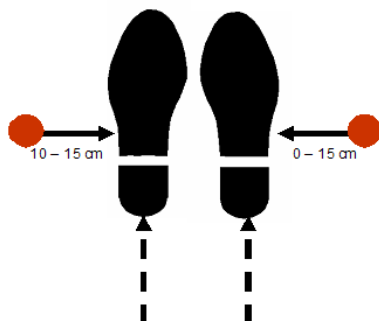


Fig.17: Avanço dos pés até às muletas.

-Continue a marcha repetindo os passos descritos.

14. Garante que o suporte do peso corporal é efetuado pela muleta e por cada um dos membros.

15. Na marcha de salto ou balanço para além das muletas:

Avance simultaneamente as duas muletas cerca de 10 a 15 cm.

15. Garante que o suporte do peso corporal é efetuado pelas muletas e por ambos os membros.

⁵⁹ Utilizada quando um dos membros inferiores não pode tocar no solo ou ambos os membros podem fazer carga apenas quando apoiados simultaneamente. Existem dois pontos de apoio.

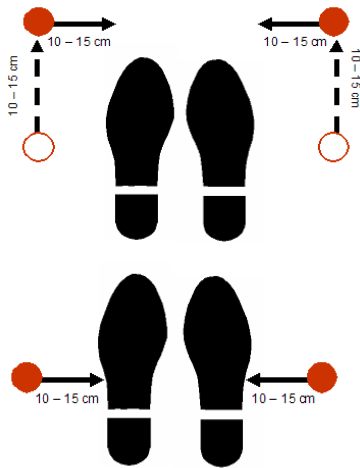


Fig.18: Avanço simultâneo das duas muletas.

-Exerça força sobre as muletas e desloque os pés até às muletas.

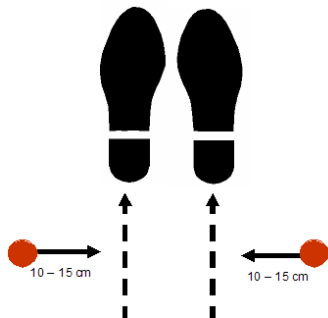


Fig.19: Avanço dos pés para além das muletas.

-Continue a marcha repetindo os passos descritos.

16.Ensine a pessoa a levantar a muleta em cada um dos passos, em vez de a arrastar.


16.Evita que a extremidade do dispositivo fique presa em tapetes ou carpetes e consequentes quedas; previne o desgaste das proteções de borracha.

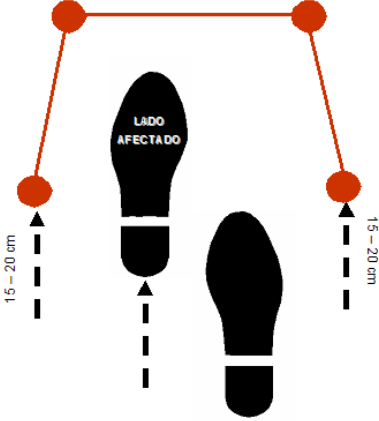
17.Se pretender levantar a pessoa com apoio nos auxiliares de marcha solicite ou assista a pessoa de acordo com os seguintes passos: a) coloque a pessoa na beira da cadeira com o membro não afetado ligeiramente por debaixo do assento da mesma; b) coloque as muletas na mão do lado afetado - se possuir uma cadeira de braços resistente, apoie-se num dos braços da cadeira - ou em alternativa nos dois braços da cadeira - e erga-se

17.Garante que o suporte do peso corporal é efetuado pelas muletas e por ambos os membros.

pressionando os apoios de mãos das muletas para baixo.	
18. <u>Se pretender que a pessoa suba as escadas</u> , ensine a pessoa de acordo com os seguintes passos: a) avance para o degrau superior com o membro inferior saudável à frente; b) levante as muletas para o degrau, de modo a que fiquem paralelas ao membro saudável, seguindo-se, por fim, o membro afetado.	18. Garante que o suporte do peso corporal é efetuado pelas muletas e por cada um dos membros.
19. <u>Se pretender que a pessoa desça as escadas</u> , ensine a pessoa de acordo com os seguintes passos: a) avance para o degrau superior inferior com as muletas à frente; b) coloque depois o membro inferior afetado para o degrau inferior, seguindo-se, por fim, o membro inferior saudável.	19. Garante que o suporte do peso corporal é efetuado pela muleta e por cada um dos membros
20. Solicite à pessoa que demonstre a verificação das proteções de borracha do auxiliar de marcha selecionado e supervisione a execução	20. Promove a autonomia e o sucesso da aprendizagem de capacidades.
21. Solicite à pessoa que regule o auxiliar de marcha selecionado à sua altura e supervisione a execução.	21. Idem
22. Solicite à pessoa que demonstre a utilização do auxiliar de marcha selecionado de acordo com a(s) técnicas ensinadas e supervisione a sua realização.	22. Ibidem
23. Negoceie com a pessoa até onde vai andar.	23. Define um objetivo comum tendo em conta as capacidades da pessoa.
24. Assista a pessoa até que esta tenha capacidade para se deslocar sozinha.	24. Promove a independência no autocuidado para andar com auxiliar de marcha.
25. Coloque ou assista a pessoa a colocar-se numa posição de repouso confortável.	25. Promove o conforto da pessoa após o procedimento.
26. Arrume o material utilizado	26. Economiza tempo e facilita o procedimento.
27. Realize a higiene das mãos.	27. Previne a contaminação.

28.Registe e documente os resultados (marcha realizada, distância percorrida, necessidade de repouso e/ou outras intercorrências, receção aos ensinamentos).	28.Confirma o procedimento, identifica quem executou e promove a continuidade dos cuidados.
--	---

TREINAR A PESSOA A ANDAR COM ANDARILHO	
Sequência do procedimento	Fundamentação
1.Identifique a pessoa.	1.Confirma a identidade da pessoa.
2.Realize a higiene das mãos.	2.Previne a contaminação.
3.Sugira o meio auxiliar de marcha adequado à pessoa e peça o seu consentimento e colaboração.	3.Informa sobre o procedimento e obtém consentimento e colaboração.
4.Ensine a pessoa sobre as condições de segurança para a realização do procedimento, nomeadamente da cama, do calçado, do pavimento, dos circuitos de passagem.	4.Previne quedas.
5.Ensine a pessoa a verificar as condições das proteções de borracha do auxiliar marcha.	5.Idem.
6.Regule a altura para que a barra superior do andarilho fique ligeiramente abaixo da cintura da pessoa, permitindo uma flexão da articulação do cotovelo de 15° a 30°.	6.Permite que a pessoa fique mais confortável e realize o procedimento com o mínimo dispêndio de energia; melhora a capacidade de transferência do peso dos membros inferiores para os membros superiores.
7.Explique os objetivos do exercício e demonstre a técnica a usar com o auxiliar de marcha selecionado, seguindo os seguintes passos.	Promove a autonomia e o ensino à pessoa.
8.Coloque-se ao centro do andarilho, agarrando as pegadas da barra superior. 	8.Garante uma base de apoio estável
<p>Fig.20: Colocação dos pés no centro do andarilho.</p>	

<p>9. Levante e avance o andarilho 15cm a 20cm para a frente colocando os quatro apoios no chão; dê um passo em frente com um dos pés e depois o outro - não avance para além da parte anterior do andarilho – se a pessoa possuir diminuição da força muscular num dos membros inferiores, depois de deslocar o andarilho, avance primeiro o membro afetado.</p>  <p>Fig.21: Avanço do membro afetado.</p> <p>-Continue a marcha repetindo os passos descritos.</p>	<p>9. Evita a queda do andarilho e assegura uma boa base de sustentação;</p>
<p>10. Solicite à pessoa que demonstre a verificação das proteções de borracha do auxiliar de marcha selecionado e supervisione a execução.</p>	<p>10. Promove a autonomia e o sucesso da aprendizagem de capacidades.</p>
<p>11. Solicite à pessoa que regule o auxiliar de marcha selecionado à sua altura e supervisione a execução.</p>	<p>11. Idem.</p>
<p>12. Solicite à pessoa que demonstre a utilização do auxiliar de marcha selecionado de acordo com a(s) técnicas ensinadas e supervisione a sua realização.</p>	<p>12. Ibidem.</p>
<p>13. Negocie com a pessoa até onde vai andar.</p>	<p>13. Define um objetivo comum tendo em conta as capacidades da pessoa.</p>
<p>14. Assista a pessoa até que esta tenha capacidade para se deslocar sozinha - se necessário coloque-se junto da pessoa do lado não afetado e apoie colocando o seu braço à volta da cintura ou segure pelo cinto de segurança.</p>	<p>14. Promove a segurança da pessoa e evita quedas acidentais.</p>

15. Coloque ou assista a pessoa a colocar-se numa posição de repouso confortável.	15. Promove o conforto da pessoa após o procedimento.
16. Arrume o material utilizado.	16. Economiza tempo e facilita o procedimento.
17. Realize a higiene das mãos.	17. Previne a contaminação.
18. Registe e documente os resultados (marcha realizada, distância percorrida, necessidade de repouso e/ou outras intercorrências, receção aos ensinos).	18. Confirma o procedimento e identifica quem executou.

REFERÊNCIAS:

Ciasulli, K., & Woten, M. (11 de março de 2016). *Walkers: Fitting and Patient Education about Walker Use*. Obtido de Nursing Reference Center: <http://web.b.ebscohost.com/nrc/pdf?vid=8&sid=c61fa9ba-fcee-46ad-a20b-faf602a1e761%40sessionmgr2>

Elkin, M. (2005). *Intervenções de Enfermagem e Procedimentos Clínicos*. Loures: Lusociência.

Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade - Posicionamentos, Transferências e Treino de Deambulação*. Obtido de Ordem dos Enfermeiros: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/gobp_mobilidade_vf_site.pdf

Richards, S., & Caple, C. (3 de julho de 2015). *Cane: Fitting a Patient and Teaching a Patient How to. Nursing Practice & Skill*. Obtido de Nursing Reference Center: <http://web.b.ebscohost.com/nrc/pdf?vid=6&sid=c61fa9ba-fcee-46ad-a20b-faf602a1e761%40sessionmgr2>

Schub, T., & Engelke, Z. (11 de dezembro de 2015). *Patient Education: Teaching the patient about safe use of mobility aids. Nursing Practice & Skill*. Obtido de Nursing Reference Center: <http://web.b.ebscohost.com/nrc/pdf?vid=2&sid=c61fa9ba-fcee-46ad-a20b-faf602a1e761%40sessionmgr2>

Edição atualizada e revista de:

Ferreira, M., & Cruchinho, P. (2006). Treinar a pessoa/cliente a andar com auxiliar de marcha. In Nunes, Lucília & Ruivo, Alice, Manual 2006: Técnicas de Enfermagem (Vol. I, pp.449-463). Setúbal: Departamento de Enfermagem ESS-IPS.

PROMOVER ELIMINAÇÃO EFETIVA

Norma 18 Administrar enema de limpeza intestinal

Administrar enema de limpeza intestinal pré-embalado

Administrar enema de limpeza intestinal com saco irrigador

Norma 19 Colocar e retirar absorvente

Colocar e retirar absorvente na pessoa sentada

Colocar e retirar absorvente na pessoa deitada

Norma 20 Colocar e trocar dispositivo urinário

Colocar dispositivo urinário

Trocar dispositivo urinário

Norma 21 Colocar e retirar arrastadeira

Colocar e retirar arrastadeira na pessoa sentada

Colocar e retirar arrastadeira na pessoa deitada

Norma de Procedimento de Enfermagem

Norma 18. ADMINISTRAR ENEMA DE LIMPEZA INTESTINAL

Fátima Frade, Ana Lúcia Ramos & Andreia Ferrer Cerqueira

DEFINIÇÃO:

Procedimento de enfermagem de carácter autónomo e/ou interdependente que consiste na irrigação do reto e cólon sigmóide com uma solução, por meio de uma sonda retal inserida no reto e sigmóideia.

OBJETIVOS:

Promover o esvaziamento do cólon.

Estimular a vontade de evacuar pela distensão do intestino, ativando o peristaltismo intestinal.

Eliminar a obstipação e o desconforto associado.

Limpar o intestino para favorecer um exame de boa qualidade (melhor observação).

Reduzir a concentração de bactérias no cólon, diminuindo o risco de infeção durante uma intervenção cirúrgica.

Reduzir níveis séricos de potássio perigosamente elevados, quando usados como agentes farmacológicos terapêuticos.

Educar a pessoa com colostomia a autocontrolar o esvaziamento intestinal pelo estoma.

ORIENTAÇÕES PARA A EXECUÇÃO:

Antes do procedimento:

Atenda sempre às indicações do enema a administrar (volumes comuns a administrar e precauções associadas)⁶⁰. Decida, considerando sempre que o enema não é um procedimento comum, na medida em que interrompe o reflexo normal da defecação e que acarreta riscos importantes, como desequilíbrios eletrolíticos, peritonites, arritmias cardíacas e hemorragias⁶¹.

⁶⁰ Esta norma refere-se ao enema de limpeza, pré-embalado ou com saco irrigador. A finalidade pode residir, em situações mais específicas, na administração de medicação e/ou contraste radiológico.

⁶¹ Por estes motivos, os sinais vitais devem ser monitorizados (especialmente após o procedimento) assim como sinais de arritmias ou desequilíbrios eletrolíticos, que no caso de ocorrerem, devem ser imediatamente comunicados ao clínico.

Consulte o processo e o plano de cuidados da pessoa, verificando a prescrição e/ou a existência de contraindicações para a realização do procedimento.

Determine o padrão intestinal habitual da pessoa e a data da última dejeção (questionar a pessoa, consultar a folha de avaliação inicial de enfermagem, registos de enfermagem e familiares/pessoa significativa se a pessoa não puder dar a informação).

Selecione o calibre de sonda retal ao tamanho do adulto (22 a 30 Fr).

Conheça a quantidade de solução a administrar. No caso da pessoa adulta e com saco irrigador, é de 750 a 1000 ml.

Certifique sempre a temperatura da solução, evitando o risco de queimadura da mucosa intestinal (deve ser aproximadamente 37°C – água tépida).

Avalie a presença de dor abdominal antes da realização do procedimento. Se a pessoa referir dor abdominal, o enema de limpeza está contraindicado até à exclusão de risco de perfuração intestinal (a dor deverá ser monitorizada no decorrer de todo o procedimento).

Considere o facto de o enema de limpeza estar também contraindicado na pessoa com problemas como fissuras, fístulas, hemorróidas e tumores ou em pessoas que tenham sido submetidas a cirurgia intestinal recente, em oclusão intestinal, com traumatismo abdominal, com hemorragia intestinal, grávidas e em casos de desidratação, especialmente nos enemas de solução hipertónica.

Durante o procedimento:

Realize o procedimento com a pessoa em decúbito lateral esquerdo com flexão do joelho direito⁶².

Considere que quando os enemas são prescritos com a designação “até sair água limpa”, significa que se espera que os mesmos sejam sucessivamente repetidos até que o líquido de retorno seja claro e sem matéria fecal. Geralmente são realizados três enemas de limpeza intervalados.

Suspenda a solução se a pessoa: 1) referir cólicas abdominais; 2) verbalizar ou demonstrar sinais de desconforto ou fadiga; 3) manifestar vontade de evacuar; 4) a solução refluir.

Após o procedimento:

Considere que o tempo de retenção da solução administrada depende da capacidade da pessoa.

Observe e registe sempre as características das fezes e/ou sinais e sintomas referidos pela pessoa.

⁶² Não realize enemas de limpeza com a pessoa sentada ou em posição ortostática, uma vez que a solução a administrar não entrará eficazmente até ao cólon descendente devido à ação da gravidade.

MATERIAL NECESSÁRIO:

Enema Pré-Embalado⁶³

Frasco de enema pré embalado com ponta retal.

Lubrificante hidrossolúvel.

Compressas limpas.

Avental de proteção.

Luvas limpas.

Resguardo (s) impermeável (eis).

Papel higiénico.

Arrastadeira.

Material de higiene parcial (manápula, bacia, sabonete/gel banho e toalha).

Roupão e chinelos da pessoa/cliente.

Biombo (se a unidade do pessoa/cliente não possuir cortinas).

Mesa auxiliar.

Carro de resíduos.

Enema de Limpeza com Saco Irrigador⁶⁴

Tina riniforme.

Saco-Irrigador ou Kit de enema.

Tubuladura.

Torneira (ou clampe ou pinça hemostática).

Sonda retal.

Lubrificante hidrossolúvel.

Compressas limpas.

Recipiente graduado com a solução prescrita.

Avental de proteção.

Luvas limpas.

Resguardo (s) impermeável (eis).

Papel higiénico.

Arrastadeira.

Material de higiene parcial (manápula, bacia, sabonete/gel banho e toalha).

Roupão e chinelos da pessoa/cliente.

Suporte de soros, ou outro para suspender o irrigador.

Biombo (se a unidade do pessoa/cliente não possuir cortinas).

Mesa auxiliar.

Carro de resíduos.

⁶³ Indicado quando se pretende uma limpeza rápida do intestino.

⁶⁴ Indicado em situações de obstipação prolongada, oclusão intestinal, pretendendo-se com o mesmo a lubrificação do intestino e o amolecimento das fezes.

ADMINISTRAR ENEMA DE LIMPEZA PRÉ-EMBALADO	
Sequência do procedimento	Fundamentação
1.Realize a higiene das mãos.	1.Previne a contaminação.
2.Reúna o material e transporte-o para junto da pessoa.	2.Economiza tempo e facilita o procedimento.
3.Identifique a pessoa.	3.Confirma a identidade da pessoa e previne erros.
4.Explique os objetivos do procedimento à pessoa e solicite o seu consentimento.	4.Informa sobre o procedimento e obtém consentimento.
5.Coloque um biombo e/ou corra as cortinas da unidade da pessoa.	5.Assegura a privacidade da pessoa.
6.Se pessoa autónoma: Instrua a pessoa a: esvaziar a bexiga antes do procedimento (facilita o procedimento); respirar fundo e deitar o ar fora aquando da introdução da ponta da sonda retal (facilita o relaxamento do esfíncter anal); verbalizar a ocorrência de cólicas intestinais ou vontade de evacuar (permite a interrupção do procedimento sem extravasão accidental de solução); não descarregar o autoclismo após ter evacuado na casa de banho (permite determinar a eficácia do procedimento).	6.Obtém a colaboração da pessoa e promove a eficácia do procedimento.
7.Coloque avental de proteção e realize a higiene das mãos (atendendo a cada situação, pode ser necessário equipamento de proteção adicional.	7.Protege o enfermeiro e previne a contaminação.
8.Calce luvas limpas.	8.Idem.
9.Dobre simultaneamente a colcha e cobertor em harmónio em direção aos pés da cama deixando o lençol de cima a cobrir a pessoa.	9.Possibilita a execução do procedimento e mantém a privacidade da pessoa.
10.Solicite à pessoa que baixe a parte superior das calças de pijama e cuecas e/ou assista-a nessa atividade.	10.Assegura a privacidade/intimidade da pessoa durante o procedimento e evita que o cobertor e colcha se molhem durante o procedimento.

11. Coloque o plano da cama na horizontal e solicite à pessoa que se deite na cama em decúbito lateral esquerdo (posição de sims), com o joelho direito fletido; ou assista-a nessa atividade; cubra-a com o lençol de cima.	11. Permite o acesso à região nadegueira, evita que a roupa se molhe durante o procedimento.
12. Faça uma prega lateral no lençol de cima de forma a expor unicamente a região nadegueira.	12. Assegura a privacidade da pessoa durante o procedimento.
13. Coloque resguardo impermeável sob a região perineal da pessoa.	13. Protege e previne a contaminação.
14. Retire a tampa da cânula.	14. Prepara o material.
15. Lubrifique a cânula do frasco. Pode ser usada a própria solução ou um lubrificante hidrossolúvel.	15. Facilita a entrada da cânula.
16. Segure o frasco pela metade inferior e incline-o ligeiramente de forma a manter a cânula sempre mais elevada que o frasco, a fim de assegurar que a espuma preencha sempre a parte superior.	16. Evita que o ar residual entra no intestino da pessoa.
17. Exponha o ânus da pessoa com a mão não dominante; solicite que expire profunda e lentamente pela boca.	17. Evita traumas na mucosa anal.
18. Insira a cânula do frasco no canal anal com a mão dominante, inclinando o frasco em direção ao umbigo. Na pessoa adulta/idosa pode introduzir 7,5 a 10 cm.	18. Permite a progressão da solução desde o cólon sigmóide até ao cólon descendente por ação da gravidade.
19. Comprima o frasco de plástico, até que toda a solução tenha entrado no reto e no cólon. Mantenha a compressão do frasco até a cânula ser exteriorizada.	19. Permite a entrada no reto e cólon de toda a solução contida no frasco do enema, impedindo o refluxo da solução.
20. Instrua a pessoa para reter a solução até sentir urgência em evacuar (geralmente entre 5 a 30 minutos).	20. Promove a eficácia do procedimento.

21. Instrua a pessoa para manter-se em posição de repouso até apresentar vontade de evacuar.	21. Previne a saída da solução do enema, antes da sua ação.
22. Assista, se necessário, a pessoa a limpar-se, vestir-se, erguer-se e deslocar-se até à casa de banho e a sentar-se na arrastadeira.	22. Promove o autocuidado e previne acidentes.
23. Observe as características do conteúdo intestinal eliminado (quantidade, cor e consistência) e alterações (presença de sangue ou muco).	23. Confirma a eficácia do procedimento.
24. Retire o equipamento de proteção e realize a higiene das mãos.	24. Previne a contaminação.
25. Reinstale, se necessário, a pessoa.	25. Promove o conforto da pessoa.
26. Providencie a recolha e a arrumação do material.	26. Mantém a unidade arrumada e previne a contaminação.
27. Realize a higiene das mãos.	27. Previne a contaminação.
28. Registe e documente os resultados (hora, procedimento, quantidade de solução administrada, características das fezes – quantidade, consistência e características do líquido de retorno – conteúdo e coloração, colaboração e reação da pessoa).	28. Confirma o procedimento e promove a continuidade dos cuidados.

ADMINISTRAR ENEMA DE LIMPEZA COM SACO IRRIGADOR	
Sequência do procedimento	Fundamentação
1. Realize a higiene das mãos.	1. Previne a contaminação.
2. Reúna o material e transporte-o para junto da pessoa.	2. Economiza tempo e facilita o procedimento.
3. Identifique a pessoa.	3. Confirma a identidade da pessoa e previne erros.
4. Explique os objetivos do procedimento à pessoa e solicite o seu consentimento.	4. Informa sobre o procedimento e obtém o consentimento.

5. Coloque um biombo e/ou corra as cortinas da unidade da pessoa.	5. Assegura a privacidade da pessoa.
6. Se pessoa autónoma: Instrua a pessoa a: esvaziar a bexiga antes do procedimento (facilita o procedimento); respirar fundo e deitar o ar fora aquando da introdução da ponta da sonda retal (facilita o relaxamento do esfíncter anal); verbalizar a ocorrência de cólicas intestinais ou vontade de evacuar (permite a interrupção do procedimento sem extravasão accidental de solução); não descarregar o autoclismo após ter evacuado na casa de banho (permite determinar a eficácia do procedimento).	6. Obtém a colaboração da pessoa e promove a eficácia do procedimento.
7. Caso a pessoa se encontre dependente, coloque avental de proteção e realize a higiene das mãos (atendendo a cada situação, pode ser necessário equipamento de proteção adicional).	7. Protege o enfermeiro e previne a contaminação.
8. Calce luvas limpas.	8. Idem.
9. Solicite à pessoa que se deite na cama ou assista-a nessa atividade; cubra-a com a roupa da cama.	9. Possibilita a execução do procedimento e mantém a privacidade da pessoa.
10. Coloque o suporte no lado direito da cama perto do plano inferior desta e com uma altura preferencial de cerca de 45 cm acima do nível da cama.	10. Possibilita uma irrigação suave do cólon por ação da gravidade (irrigar rapidamente a solução pode causar contrações intestinais e estimular precocemente a dejeção); possibilita a gestão do espaço na unidade.
11. Coloque a arrastadeira em local acessível; se a pessoa conseguir deslocar-se à casa de banho para evacuar, coloque o roupão e chinelos em local de fácil acesso e próximos da pessoa.	11. Possibilita a gestão do espaço na unidade e evita contratempos desnecessários.
12. Adapte uma extremidade da tubuladura ao saco-irrigador e a outra à torneira - se existente - e pendure o saco no suporte; feche a torneira ou	12. Prepara o material para a execução do procedimento.

em alternativa, utilize um clampe ou pinça hemostática para clampar a tubuladura a cerca de 30 cm da extremidade.	
13. Prepare a solução de acordo com a prescrição e/ou a norma de procedimento vigente no serviço.	13. Permite a preparação correta da solução.
14. Certifique-se que a temperatura da solução é adequada – tépida.	14. Permite evitar complicações (água quente pode provocar queimaduras na mucosa intestinal e a água fria pode causar contração abdominal, tornando a solução difícil de reter).
15. Coloque a solução dentro do saco-irrigador pendurado.	15. Permite a irrigação suave do cólon por ação da gravidade.
16. Dobre simultaneamente a colcha e cobertor em harmónio em direção dos pés da cama deixando o lençol de cima a cobrir a pessoa.	16. Assegura a privacidade/intimidade da pessoa durante o procedimento e evita que o cobertor e colcha se molhem acidentalmente durante o procedimento.
16. Solicite à pessoa que baixe a parte superior das calças de pijama e cuecas e/ou assista-a nessa atividade.	16. Permite o acesso à região nadegueira; evita que a roupa se molhe acidentalmente durante o procedimento.
17. Coloque a cama em plano horizontal e assista a pessoa a colocar-se em decúbito lateral esquerdo e a fletir o joelho direito aproximando-o do tórax (posição de sims).	17. Permite a progressão da solução desde o cólon sigmóide até ao cólon descendente por ação da gravidade.
18. Abra ligeiramente o invólucro da sonda retal ao nível da extremidade de conexão e adapte-a à tubuladura de borracha (ou torneira) deixando a sonda protegida.	18. Prepara o material para a execução do procedimento e evita que a solução molhe o chão ou cama após o expurgar da sonda.
19. Abra a torneira ou clampe/pinça hemostática de forma a expurgar todo o ar da tubuladura de borracha; volte a fechar a torneira ou volte a clampar a tubuladura.	19. Previne a entrada de ar no cólon e consequentes cólicas intestinais ou surgimento precoce do reflexo de evacuar.
20. Faça uma prega lateral no lençol de cima de forma a expor unicamente a região nadegueira.	20. Permite a inserção da sonda retal e mantém a privacidade da pessoa.

21. Coloque resguardo impermeável sob a região perineal da pessoa.	21. Protege a base da cama e a pessoa.
22. Coloque o lubrificante hidrossolúvel sobre uma compressa; retire o invólucro protetor da sonda retal e coloque lubrificante até cerca de 10 cm da extremidade da sonda.	22. Reduz a fricção durante a inserção da sonda, facilitando a sua introdução.
23. Com a mão não dominante, exponha o ânus da pessoa; solicite que expire profunda e lentamente pela boca e em simultâneo, com a mão dominante, insira a sonda, com movimentos circulares e no sentido do umbigo até cerca de 10 cm.	23. Facilita a inserção da sonda retal; a expiração permite o relaxamento do esfíncter anal externo.
24. Com a mão dominante abra a torneira ou o clampe/pinça hemostática e, com a outra mão fixe a sonda até terminar a administração da solução.	24. Permite o controlo da solução a irrigar e evita a deslocação accidental da sonda, evitando o extravasamento da solução.
25. Eleve mais alguns centímetros, o suporte com o saco irrigador, caso a solução não baixe de nível.	25. Aumenta a velocidade de irrigação da solução - o tempo de instilação varia de acordo com o volume a administrar: 1 litro entre 7 a 10 min.
26. Pergunte à pessoa, no decorrer da administração, como se está a sentir, observando a sua reação.	26. Previne complicações; deteta precocemente complicações ou mal-estar da pessoa.
27. Feche a torneira ou clampe a sonda com a pinça hemostática -, quando a pessoa referir não suportar mais, ou a solução terminar.	27. Evita o extravasamento de solução a partir da sonda.
28. Informe a pessoa de que o procedimento terminou e retire a sonda retal suavemente; desadapte a sonda da tubuladura ou torneira e coloque-a no lixo.	28. Favorece o autocontrolo da pessoa face à necessidade de evacuar e promove a eliminação do material com resíduos fecais.
29. Retire o equipamento de proteção e realize a higiene das mãos.	29. Previne a contaminação.

30. Solicite à pessoa que retenha a solução o máximo de tempo possível.	30. Garante a eficácia do procedimento.
31. Assista a pessoa, se necessário, a limpar-se, vestir-se, erguer-se e deslocar-se à casa de banho e a sentar-se na arrastadeira.	31. Promove o autocuidado e previne acidentes.
32. Permaneça perto da pessoa durante a eliminação, lembrando-a de que não deve puxar o autoclismo.	32. Previne acidentes e permite identificar possíveis problemas.
33. Observe as caraterísticas do conteúdo intestinal eliminado (<i>quantidade, cor e consistência</i>) e alterações (<i>presença de sangue ou muco</i>).	33. Confirma a eficácia do procedimento.
34. Assista a pessoa, se necessário, a realizar a sua higiene.	34. Promove o autocuidado.
35. Reinstale, se necessário, a pessoa.	35. Promove o conforto da pessoa.
36. Providencie a recolha e arrumação do material.	36. Mantém a unidade arrumada e previne a contaminação.
37. Realize a higiene das mãos.	37. Previne a contaminação.
38. Registe e documente os resultados (hora, procedimento, quantidade de solução administrada, caraterísticas das fezes – quantidade, consistência e cor, caraterísticas do líquido de retorno – conteúdo e coloração, colaboração e reação da pessoa).	38. Confirma o procedimento e promove a continuidade dos cuidados.

REFERÊNCIAS:

- Perry, A., & Potter, P. (2012). *Guia completo de Procedimentos e competências de Enfermagem*. Rio de Janeiro: Elsevier Editora.
- Smith, N., & Schub, e. (13 de maio de 2016). *Enema: Administering. Nursing Practice & Skill*. Obtido de Nursing Reference Center: <http://web.a.ebscohost.com/nrc/pdf?vid=18&sid=ff1f8787-7440-4bec-afd2-1ea42bf2fd6b%40sessionmgr4006&hid=4101>

Edição atualizada e revista de:

Cruchinho, P. & Leal, P. (2006). Administrar enema de limpeza intestinal. In Nunes, Lucília & Ruivo, Alice, Manual 2006: Técnicas de Enfermagem (Vol. I, pp.51-56). Setúbal: Departamento de Enfermagem ESS-IPS.

Norma de Procedimento de Enfermagem

Norma 19. COLOCAR E TROCAR ABSORVENTE

Susana Duarte, Guida Amaral, Ana Lúcia Ramos & Andreia Ferreri Cerqueira

DEFINIÇÃO:

Os absorventes são produtos descartáveis que têm como finalidade absorver/reter a urina e as fezes em casos de incontinência urinária e/ou intestinal nos homens e nas mulheres. A incontinência urinária e/ou intestinal pode ter diversas causas, determinando implicações ao nível da qualidade de vida e bem-estar das pessoas⁶⁵. As causas e as implicações devem ser aprofundadas, procedendo-se à identificação de intervenções de enfermagem adequadas a cada pessoa e às causas da incontinência, não devendo os absorventes constituírem a resposta definitiva para todas as situações⁶⁶.

OBJETIVOS:

Promover conforto e segurança.

Promover a integridade cutânea.

Prevenir a maceração e irritação da pele⁶⁷.

Prevenir a infeção.

ORIENTAÇÕES PARA A EXECUÇÃO:

Antes do procedimento:

Tenha em atenção que os absorventes têm essencialmente como função a prevenção, sendo importante, sempre que possível, promover a autonomia, incentivando a pessoa/cliente a urinar ou evacuar na arrastadeira/urinol e/ou na casa de banho.

⁶⁵ Embora 2 a 3 terços das pessoas idosas tenham incontinência urinária, ela não deve ser considerada uma consequência normal do envelhecimento.

⁶⁶ A evidência tem demonstrado que os absorventes podem levar ao compromisso da integridade cutânea, na medida em que a exposição prolongada da pele a urina e fezes, tornam o meio húmido e alcalino, que por sua vez é propício para a proliferação bacteriana.

⁶⁷ A dermatite perineal é uma complicação comum na incontinência urinária e intestinal. Provoca desconforto e é, por vezes, dolorosa. Sendo a pele a primeira linha de defesa do organismo, o comprometimento da sua integridade determina risco acrescido de infeção.

Selecione o absorvente adequado à pessoa e sua situação. Existem diferentes tipos de absorventes, por esse motivo é necessário atender ao tamanho, capacidade de absorção, material (antialérgico), modo de fixação e colocação.

Conheça a história da pessoa, nomeadamente em relação à incontinência urinária e alergias.

Avalie o estado de consciência.

Durante o procedimento:

Siga sempre as indicações do fabricante.

Proceda à técnica correta de colocação e troca de absorvente, prevenindo possíveis complicações.

Aplique substâncias protetoras da pele e promova um ambiente seco e limpo. Atendendo ao risco de úlcera de pressão, intervenha em conformidade.

Após o procedimento:

Vigie a pessoa com absorvente frequentemente, incentivando-a a ir à casa de banho ou oferecendo o urinol/arrastadeira.

Verifique se o absorvente se encontra aderente à pele da pessoa, prevenindo extravasamento da urina.

Vigie a eliminação urinária/intestinal e proceda à troca do absorvente sempre que necessário.

MATERIAL NECESSÁRIO:

Luvas limpas	Material para higiene perineal
Absorvente	Substâncias protetoras da pele
Lixo (branco ou preto conforme a situação)	Avental

COLOCAR E TROCAR ABSORVENTE NA PESSOA SENTADA	
Sequência do procedimento	Fundamentação
1.Proceda à higiene das mãos.	1.Preve a contaminação.
2.Reúna o material e transporte-o para junto da pessoa.	2.Evita perda de tempo.
3.Explique os objetivos do procedimento à pessoa e solicite o seu consentimento e colaboração.	3.Permite o consentimento e promove a autonomia.

4.Assegure a privacidade da pessoa através das cortinas da unidade ou de biombo.	4.Promove a privacidade.
5.Proceda à higiene das mãos.	5.Previne a contaminação.
6.Calce luvas limpas.	6.Promove a autonomia.
7.Solicite à pessoa que se levante ou assista-a no levante, pedindo-lhe que se apoie numa barra de parede ou na barra dos pés da cama, verificando antecipadamente que a pessoa possui calçado antiderrapante e que o chão não se encontra húmido.	7.Protege o enfermeiro e previne contaminação.
8.Descole as tiras adesivas e retire o absorvente, enrolando-o sobre si mesmo (da parte anterior para a posterior).	8.Promove a autonomia, tonifica os músculos dos membros superiores e inferiores, diminui o risco de queda.
9.Solicite ou assista a pessoa a realizar a higiene perineal.	9.Previne a contaminação e promove a autonomia.
10.Coloque o absorvente e o material de higiene no lixo branco ou preto consoante a situação.	10.Previne a contaminação.
11.Retire luvas e proceda à higiene das mãos (volte a calçar luvas se necessário).	11.Idem.
12.ObsERVE a integridade da pele na região sagrada, sulco inter-nadegueiro e região inguinal e coloque creme hidratante se necessário.	12.Despista sinais de maceração e eritema da fralda, hidrata a pele.
13.Coloque o absorvente aberto sobre o assento da cadeira e solicite à pessoa que se sente e/ou assiste-a a sentar.	13.Facilita o procedimento.
14.Ajuste o absorvente na região inguinal bilateralmente e posteriormente nos flancos com os adesivos.	14.Idem.
15.Solicite à pessoa/cliente que se posicione ou assista-a nesse procedimento.	15.Promove o conforto, evita complicações;
16.Proceda à higiene das mãos;	16.Previne a contaminação.

17.Providencie a recolha e arrumação do material.	17.Promove o acondicionamento correto do material.
18.Registe e documente os resultados (características da urina e das fezes, estado da pele e nível de participação da pessoa no autocuidado).	18.Promove a continuidade dos cuidados.

COLOCAR E TROCAR ABSORVENTE NA PESSOA DEITADA	
Sequência do procedimento	Fundamentação
1.Realize a higiene das mãos.	1.Preve a contaminação.
2.Reúna o material e transporte-o para junto da pessoa.	2.Evita perda de tempo.
3.Explique os objetivos do procedimento à pessoa e solicite o seu consentimento e colaboração.	3.Permite o consentimento e promove a autonomia.
4.Assegure a privacidade da pessoa através das cortinas da unidade ou de biombo.	4.Promove a privacidade.
5.Proceda à higiene das mãos.	5.Preve a contaminação.
6.Calce luvas limpas.	6.Protege o enfermeiro e previne contaminação.
7.Solicite à pessoa que se posicione em decúbito dorsal no lado oposto da cama para o qual pretende voltá-la (próxima de si) e descole os adesivos do absorvente.	7.Facilita o procedimento.
8.Coloque um resguardo de proteção sob a região nadegueira.	8.Facilita a higiene e evita complicações.
9.Retire a parte anterior do absorvente, enrolando-a sobre si mesmo (da parte anterior para a parte posterior).	9.Facilita o procedimento, promove o conforto, previne a contaminação.
10.Proceda à higiene da parte anterior ou solicite à pessoa que realize a higiene do períneo, evitando deixar a pele húmida.	10.Idem.

11. Solicite à pessoa que se posicione em lateral (ficando virada para o lado oposto ao do enfermeiro), apoiando-se nas grades desse lado. Se a pessoa não for capaz de realizar este procedimento de forma autónoma peça apoio de outro profissional para o ajudar no posicionamento.	11. Facilita o procedimento, promove a autonomia e a segurança.
12. Retire o absorvente e proceda à higiene da parte posterior, evitando deixar a pele húmida.	12. Promove a higiene e o conforto, promove a integridade da pele.
13. Coloque o absorvente e o material de higiene no lixo branco ou preto consoante a situação.	13. Previne a contaminação.
14. Retire luvas e proceda à higiene das mãos (volte a calçar luvas se necessário).	14. Idem.
15. Observe a integridade da pele na região sagrada, sulco inter-nadegueiro e região inguinal e coloque creme hidratante se necessário.	15. Despista sinais de maceração e eritema da fralda, hidrata a pele.
16. Retire o resguardo de proteção e coloque o absorvente longitudinalmente na pessoa ou na cama, para que os adesivos fiquem ao nível do flanco da pessoa.	16. Facilita o procedimento, previne complicações.
17. Solicite ou assista a pessoa a posicionar-se em decúbito dorsal e ajuste o absorvente na região inguinal bilateralmente e posteriormente nos flancos com os adesivos.	17. Promove a autonomia e o conforto e previne complicações.
18. Verifique se a parte posterior do absorvente se encontra nivelada com a parte anterior da mesma.	18. Idem.
19. Proceda à higiene das mãos.	19. Previne a contaminação.
20. Providencie a recolha e arrumação do material.	20. Promove o acondicionamento correto do material.
21. Registe e documente os resultados (características da urina e das fezes, estado da	21. Promove a continuidade dos cuidados.

pele e nível de participação da pessoa no autocuidado).	
---	--

REFERÊNCIAS:

Greenberg, S. A. (20 de outubro de 2011). *Try this: Best Practice in Nursing Care to Older Adults*. . Obtido de ConsultGeri: http://consultgeri.org/uploads/File/trythis/try_this_11_1.pdf

Schub, E., & Schub, T. (26 de junho de 2015). *Incontinence, Fecal, in Older Adults*. Obtido de Nursing Reference Center: <http://web.b.ebscohost.com/nrc/pdf?vid=3&sid=9c6a88b3-eb38-4c63-a338-2fb21dfcb94e%40sessionmgr101&hid=116>

Schub, E. (29 de abril de 2016). *Dermatitis, Perineal*. Obtido de Nursing Reference Center: <http://web.b.ebscohost.com/nrc/pdf?vid=7&sid=9c6a88b3-eb38-4c63-a338-2fb21dfcb94e%40sessionmgr101&hid=116>

Edição atualizada e revista de:

Cruchinho, P. (2006) Guia: Trocar/colocar absorvente para adulto. In Nunes, Lucília & Ruivo, Alice, Manual 2006: Técnicas de Enfermagem (Vol. III, pp.145-146). Setúbal: Departamento de Enfermagem ESS-IPS.

Norma de Procedimento de Enfermagem

Norma 20. COLOCAR E TROCAR DISPOSITIVO URINÁRIO

Susana Duarte, Ana Lúcia Ramos & Andreia Ferreri Cerqueira

DEFINIÇÃO:

Os dispositivos urinários ou cateteres urinários externos são utilizados em casos de incontinência urinária nos homens, sendo relevante referir que a natureza não-invasiva do procedimento oferece um risco reduzido de desenvolver uma infeção do trato urinário (ITU). Podem ser utilizados contínua ou intermitentemente (por exemplo, apenas durante os períodos de repouso, para realização de um exame). Têm o formato de um preservativo, mas com uma abertura na sua extremidade, na qual é conectado um saco coletor que armazena a urina. Os dispositivos urinários podem ser feitos de diferentes materiais e têm diferentes dimensões.

OBJETIVOS:

- Promover a autonomia e a autoestima.
- Promover o conforto e a segurança.
- Prevenir a maceração e a irritação da pele.
- Avaliar o débito urinário.
- Promover a cicatrização cutânea.
- Permitir a colheita de urina para análise (adultos e crianças).
- Prevenir a infeção.

ORIENTAÇÕES PARA A EXECUÇÃO:

Antes do procedimento:

Selecione o dispositivo urinário adequado à pessoa e sua situação. Existem diferentes tipos de dispositivos urinários, por esse motivo é necessário atender ao tamanho (medição da circunferência de maior diâmetro do pénis), material (latex, silicone, policloreto de vinil e poliuretano), modo de fixação (adesivos autocolantes, cola de pele...) e a existência ou não de válvula anti refluxo.

Siga sempre as indicações do fabricante.

Procure conhecer a história da pessoa, nomeadamente em relação à incontinência urinária e alergias (ex.: ao latex ou ao adesivo).

Avalie sempre a integridade cutânea ao nível do pénis, antes de decidir a colocação do dispositivo. Está contraindicada a colocação do dispositivo caso exista lesão cutânea.

Avalie o estado de consciência (o estado de confusão pode constituir uma contraindicação por risco de traumatismo).

Durante o procedimento:

Proceda à técnica correta de colocação e troca de dispositivo urinário, prevenindo possíveis complicações. A aplicação incorreta do dispositivo pode provocar desconforto ou lesão.

Selecione corretamente o saco coletor e proceda ao seu adequado suporte, prevenindo possíveis complicações.

Avalie a pertinência de ensinar o procedimento à pessoa, promovendo a sua autonomia. Em alguns casos, na comunidade, as pessoas preferem usar o dispositivo urinário em alternativa ao absorvente. Nesse caso, a pessoa deve ser capaz de realizar adequadamente a higiene, identificar alterações na integridade cutânea e colocar e trocar corretamente o dispositivo urinário.

Após o procedimento:

Troque o dispositivo, procedendo à lavagem perineal pelo menos uma vez dia e em SOS.

Vigie a permeabilidade do dispositivo durante as 24h: dobras na tubuladura do saco coletor de urina e torções no dispositivo são responsáveis por fugas de urina.

Verifique se o dispositivo urinário de encontra aderente à pele da pessoa, prevenindo o extravasamento de urina.

Retire imediatamente o dispositivo no caso de ocorrer alguma complicação (ex.: irritação da pele ou maceração).

Mantenha o saco de drenagem de urina a um nível mais baixo do que o da bexiga para permitir a drenagem por gravidade e evitar o refluxo de urina.

Vigie o volume de urina e certifique-se que o saco coletor de urina é esvaziado periodicamente para evitar que exista tensão exercida pelo peso do saco.

MATERIAL NECESSÁRIO:

Luvas limpas

Dispositivo(s) urinário(s)

Saco coletor de urina

Suporte de saco coletor de urina (se necessário)

Tira de adesivo autocolante ou duas tiras de adesivo anti-alérgico de 15x3cm (se necessário)	Tesoura Material para higiene perineal
--	---

COLOCAR O DISPOSITIVO URINÁRIO NA PESSOA	
Sequência do procedimento	Fundamentação
1.Realize a higiene das mãos.	1.Previne a contaminação.
2.Reúna o material e transporte-o para junto da pessoa; se desconhecer o tamanho do dispositivo mais adequado, leve dispositivos de diferentes tamanhos.	2.Evita perda de tempo.
3.Explique os objetivos do procedimento à pessoa e solicite o seu consentimento e colaboração.	3.Permite o consentimento e promove a autonomia.
4.Assegure a privacidade da pessoa através das cortinas da unidade ou de biombo.	4.Promove a privacidade.
5.Realize a higiene das mãos.	5.Previne a contaminação.
6.Calce luvas limpas.	6.Protege o enfermeiro e previne a contaminação.
7.Solicite à pessoa que se posicione em decúbito dorsal ou assista-a no posicionamento.	7.Facilita a higiene e promove a autonomia.
8.Coloque um resguardo de proteção sobre a região nadegueira.	8.Facilita a higiene e protege a roupa da cama.
9.Exponha apenas a região genital.	9.Promove a privacidade.
10.ObsERVE a integridade da pele, despistando sinais de maceração, lesões cutâneas ou eritema.	10.Avalia a continuidade do procedimento e identifica problemas.
11.Corte os pelos da região genital, se necessário.	11.Promove uma maior aderência do dispositivo urinário (está contraindicada a tricotomia por aumento de probabilidade de irritação da pele e eventual infeção). Nota: importante obter consentimento para realização do procedimento, porque podem existir restrições religiosas e/ou

	culturais que não permitam a remoção dos pelos púbicos.
12. Proceda ou assista a pessoa a proceder aos cuidados de higiene perineal, evitando deixar a pele húmida (ver norma da higiene perineal).	12. Previne a infeção e promove o conforto.
13. Coloque ou assista a pessoa a colocar o dispositivo urinário.	13. Promove a autonomia.
14. Selecione o tamanho adequado do dispositivo.	14. Facilita o procedimento e promove conforto e segurança.
15. Retraia o prepúcio do pénis. Com a mão dominante coloque o dispositivo sobre a glande e com a mão não dominante desenrole uniformemente o dispositivo até 2/3 do pénis, deixando um reservatório de aproximadamente 2 a 3 cm ao nível do meato.	15. Evita pressão excessiva sobre a glande (mais do que 3 cm pode levar à rotação do dispositivo, principalmente quando é feito de material maleável, como o latex e obstruir o fluxo de urina).
16. Se o dispositivo possuir tira adesiva autocolante, retire a película de proteção de ambos os lados e coloque-a na base do pénis, evitando a constrição do mesmo; desenrole a porção restante do dispositivo sobre a tira adesiva e ajuste-o a toda a superfície;	16. A realização de uma técnica desadequada é uma das maiores barreiras à eficácia do dispositivo urinário. As tiras de adesivo antialérgico são expansíveis, evitando a constrição do pénis e consequente redução do aporte sanguíneo.
17. Se o dispositivo não possui tira adesiva autocolante fixe o dispositivo à base do pénis com duas tiras de adesivo antialérgico (não aplicar as tiras de adesivo de forma circular).	17. idem
18. Adapte o saco coletor à extremidade do dispositivo urinário, guardando a tampa na unidade da pessoa e tocando apenas na extremidade deste com as luvas (para facilitar o procedimento o seu invólucro deve ser aberto aquando a preparação do material).	18. Previne a contaminação.
19. Retire as luvas e realize a higiene das mãos.	19. Idem.

20.Proceda ao suporte do saco coletor (de pequena capacidade para fixação à perna da pessoa ou de grande capacidade para fixação ao leito ou cadeirão) e verifique se a tubuladura do mesmo não se encontra dobrada; confirme se a válvula se encontra fechada.	20.Promove a autonomia e conforto e evita extravasamento de urina e/ou obstrução do fluxo urinário.
21.Realize a higiene das mãos.	21.Preve a contaminação.
22.Providencie a recolha e arrumação do material.	22.Promove o acondicionamento correto do material; previne a contaminação.
23.Registe e documente os resultados (data e hora da aplicação, o tipo e tamanho do dispositivo, características da urina, estado da pele, nível de participação da pessoa no autocuidado, ensinamentos realizados à pessoa e familiar/cuidador e resultados dos ensinamentos).	23.Promove a continuidade dos cuidados.

TROCAR DISPOSITIVO URINÁRIO NA PESSOA	
Sequência do procedimento	Fundamentação
1.Realize a higiene das mãos.	1.Preve a contaminação.
2.Reúna o material e transporte-o para junto da pessoa; se desconhecer o tamanho do dispositivo mais adequado, leve dispositivos de diferentes tamanhos.	2.Evita perda de tempo.
3.Explique os objetivos do procedimento à pessoa e solicite o seu consentimento e colaboração.	3.Permite o consentimento e promove a autonomia.
4.Assegure a privacidade da pessoa através das cortinas da unidade ou de biombo.	4.Promove a privacidade.
5.Realize a higiene das mãos.	5.Preve a contaminação.
6.Calce luvas limpas.	6.Protege o enfermeiro e previne a contaminação.

7.Solicite à pessoa que se posicione em decúbito dorsal ou assista-a no posicionamento.	7.Facilita o procedimento e promove a autonomia.
8.Coloque um resguardo de proteção sobre a região nadegueira.	8.Promove a autonomia.
9.Exponha apenas a região genital.	9.Facilita a higiene e protege a roupa da cama.
10.Desadapte o saco coletor de urina do dispositivo urinário e fixe a extremidade ao suporte devidamente protegida com a tampa guardada na unidade da pessoa.	10.Promove a privacidade.
11.Humedeça a tira adesiva autocolante ou o adesivo antialérgico e destaque cuidadosamente o dispositivo urinário.	11.Facilita o procedimento, evita o extravasamento de urina e previne a contaminação.
12.ObsERVE a integridade da pele, despistando sinais de maceração, lesões cutâneas ou eritema.	12.Facilita o procedimento, prevenindo lesões na pele e dor para a pessoa.
13.Corte os pelos da região genital, se necessário.	13.Avalia a continuidade do procedimento e identifica problemas.
14.Assista a pessoa na higiene perineal, evitando deixar a pele húmida (ver norma da higiene perineal).	14.Promove uma maior aderência do dispositivo urinário (está contraindicada a tricotomia por aumento de probabilidade de irritação da pele e eventual infeção). Nota: Importante obter consentimento para realização do procedimento, porque podem existir restrições religiosas e/ou culturais que não permitam a remoção dos pelos púbicos.
15.Coloque ou assista a pessoa a colocar o dispositivo urinário.	15.Preve a infeção e promove o conforto.
16.Selecione o tamanho adequado do dispositivo.	16.Facilita o procedimento e promove conforto e segurança.
17.Retraia o prepúcio do pénis. Com a mão dominante coloque o dispositivo sobre a glândula e com a mão não dominante desenrole uniformemente o dispositivo até 2/3 do pénis,	17.Evita pressão excessiva sobre a glândula (mais do que 3 cm pode levar à rotação do dispositivo, principalmente quando é feito de material maleável, como o latex e obstruir o fluxo de urina).

deixando um reservatório de aproximadamente 2 a 3 cm ao nível do meato.	
18. Se o dispositivo possuir tira adesiva autocolante, retire a película de proteção de ambos os lados e coloque-a na base do pénis, evitando a constrição do mesmo; desenrole a porção restante do dispositivo sobre a tira adesiva e ajuste-o a toda a superfície;	18. Idem
19. Se o dispositivo não possui tira adesiva autocolante fixe o dispositivo à base do pénis com duas tiras de adesivo antialérgico (não aplicar as tiras de adesivo de forma circular).	19. A realização de uma técnica desadequada é uma das maiores barreiras à eficácia do dispositivo urinário. As tiras de adesivo antialérgico são expansíveis, evitando a constrição do pénis e consequente redução do aporte sanguíneo.
20. Adapte o saco coletor à extremidade do dispositivo urinário, guardando a tampa na unidade da pessoa e tocando apenas na extremidade deste com as luvas (para facilitar o procedimento o seu invólucro deve ser aberto aquando a preparação do material).	20. Previne a contaminação.
21. Retire as luvas e realize a higiene das mãos.	21. Idem.
22. Proceda ao suporte do saco coletor (de pequena capacidade para fixação à perna da pessoa ou de grande capacidade para fixação ao leito ou cadeirão) e verifique se a tubuladura do mesmo não se encontra dobrada; confirme se a válvula se encontra fechada.	22. Promove a autonomia e conforto e evita extravasamento de urina e/ou obstrução do fluxo urinário.
23. Realize a higiene das mãos.	23. Previne a contaminação.
24. Providencie a recolha e arrumação do material.	24. Promove o acondicionamento correto do material; previne a contaminação.
25. Registe e documente os resultados (data e hora da aplicação, o tipo e tamanho do dispositivo, características da urina, estado da pele, nível de participação da pessoa no	25. Promove a continuidade dos cuidados.

autocuidado, ensinados realizados à pessoa e familiar/cuidador e resultados dos ensinados).	
---	--

REFERÊNCIAS:

European Association of Urology Nurses. (2008). *Good Practice in Health Care - The male external catheter*. Obtido de European Association of Urology Nurses: http://www.uroweb.org/fileadmin/EAUN/guidelines/EAUN_MEC_Guidelines_EN_2008_LR.pdf

Walsh, K., & Kornusky, J. (28 de agosto de 2015). *Condom Catheter: Applying*. Obtido de Nursing Reference Center: <http://web.a.ebscohost.com/nrc/pdf?vid=15&sid=ff1f8787-7440-4bec-afd2-1ea42bf2fd6b%40sessionmgr4006&hid=4101>

Edição atualizada e revista de:

Cruchinho, P. (2006). Guia: Trocar/colocar dispositivos urinários, Lucília & Ruivo, Alice, Manual 2006: Técnicas de Enfermagem (Vol. III, pp149-150). Setúbal: Departamento de Enfermagem ESS-IPS.

Norma de Procedimento de Enfermagem

Norma 21. COLOCAR E RETIRAR ARRASTADEIRA

Susana Duarte, Ana Lúcia Ramos & Andreia Ferreri Cerqueira

DEFINIÇÃO:

Uma das principais consequências da imobilidade são as alterações ao nível da necessidade de eliminação. O stress provocado pela imobilidade e situação clínica, uma nutrição deficiente ou a falta de exercício pode provocar alterações na eliminação vesical e/ou intestinal. Entre os sintomas mais comuns temos a retenção urinária e a diarreia/obstipação.

A arrastadeira é um dispositivo que tem como finalidade recolher a urina e/ou fezes nos casos em que a pessoa não pode utilizar o WC, sendo especialmente adequada para as pessoas dependentes, mas que mantêm o controlo dos esfíncteres.

OBJETIVOS:

Promover higiene e conforto.

Permitir a satisfação da necessidade básica- eliminação.

Avaliar débito urinário.

Colher urina e/ou fezes para análise.

Promover controlo de infeção.

ORIENTAÇÕES PARA A EXECUÇÃO:

Antes do procedimento:

Selecione a arrastadeira adequada à pessoa e à sua situação. Existem diferentes tipos de arrastadeiras (arrastadeira, arrastadeira bico de pato e arrastadeira descartável).

Conheça a história da pessoa, nomeadamente em relação à restrição de posicionamentos e medidas de controlo de infeção.

Avalie a capacidade da pessoa para colaborar no procedimento, o nível de mobilidade, a força e a presença de alguma condição que possa interferir com a utilização de arrastadeira.

Durante o procedimento:

Proceda à técnica correta de colocação da arrastadeira, prevenindo possíveis complicações.

Tenha em atenção a temperatura da arrastadeira e o tempo de permanência na arrastadeira para prevenir desconforto e complicações.

Posicione corretamente a pessoa na arrastadeira, promovendo o conforto, elevando a cabeceira da cama, exceto nas situações em que exista essa contraindicação.

Atenda à privacidade da pessoa.

Após o procedimento:

Promova a hidratação da pele.

Avalie a necessidade de colocar absorvente de proteção.

Vista a pessoa, atendendo à sua preferência e simultaneamente ao seu conforto e privacidade.

MATERIAL NECESSÁRIO:

Arrastadeira	Lixo (branco ou preto conforme a situação)
Resguardo descartável	Material para higiene perineal
Papel de celulose (se disponível)	Absorvente (se necessário)
Luvas limpas	

COLOCAR E RETIRAR ARRASTADEIRA NA PESSOA SENTADA	
Sequência do procedimento	Fundamentação
1.Realize a higiene das mãos.	1.Previne a contaminação.
2.Reúna o material e transporte-o para junto da pessoa.	2.Otimiza o tempo.
3.Explique os objetivos do procedimento à pessoa e solicite o seu consentimento e colaboração.	3.Permite o consentimento e promove a autonomia.
4.Proteja a pessoa através das cortinas da unidade ou de biombo.	4.Promove a privacidade.
5.Realize a higiene das mãos.	5.Previne a infeção.

6. Calce luvas limpas.	6. Protege o enfermeiro e previne a infeção.
7. Solicite à pessoa que se levante ou assista-a no levante, pedindo-lhe que se apoie numa barra de parede ou superfície segura, verificando antecipadamente que a pessoa possui calçado antiderrapante e que o chão não se encontra húmido.	7. Promove a autonomia, tonifica os músculos dos membros superiores e inferiores, diminui o risco de queda.
8. Assista ou dispa a pessoa, baixando as calças e as cuecas. Se a pessoa usar absorvente, retire-o.	8. Facilita o procedimento.
9. Coloque a arrastadeira em cima da cadeira, protegendo-a com um resguardo descartável e assista a pessoa a sentar-se sobre a arrastadeira.	9. Idem.
10. Tape a pessoa. Se não houver contraindicações, pode deixar a pessoa sozinha, supervisionando-a	10. Previne acidentes, promove a privacidade.
11. Assista ou proceda à higiene perineal, solicitando à pessoa que se levante (como descrito no passo 7).	11. Facilita a higiene e previne a infeção.
12. Retire luvas e realize a higiene das mãos (volte a calçar luvas se necessário).	12. Previne a contaminação.
13. Observe a integridade da pele na região sagrada, sulco inter-nadegueiro e região inguinal, coloque creme hidratante, se necessário.	13. Despista sinais de maceração e eritema da fralda, hidrata a pele.
14. Coloque o absorvente, caso seja necessário e assista a pessoa a vestir-se, voltando a sentar a pessoa na cadeira, certificando-se que a mesma está limpa (a arrastadeira deverá ser colocada nos sujos e protegida por um resguardo ou papel de celulose).	14. Promove o conforto e a autonomia e previne a infeção.
15. Realize a higiene das mãos.	15. Previne a contaminação.
16. Providencie a recolha e arrumação do material.	16. Promove o acondicionamento correto do material; previne a contaminação.

17.Registe e documente os resultados (características da urina e/ou das fezes, estado da pele e nível de participação da pessoa no autocuidado).	17.Promove a continuidade dos cuidados.
--	---

COLOCAR E RETIRAR ARRASTADEIRA NA PESSOA DEITADA	
Sequência do procedimento	Fundamentação
1.Realize a higiene das mãos.	1.Previne a contaminação.
2.Reúna o material e transporte-o para junto da pessoa.	2.Evita perda de tempo.
3.Explique os objetivos do procedimento à pessoa e peça o seu consentimento e colaboração.	3.Permite o consentimento e promove a autonomia.
4.Proteja a pessoa através das cortinas da unidade ou de biombo.	4.Promove a privacidade.
5.Realize a higiene das mãos.	5.Previne a contaminação.
6.Calce luvas limpas.	6.Protege o enfermeiro e previne a infeção.
7.Eleve a cama até uma altura de trabalho confortável.	7.Facilita o procedimento e otimiza a ergonomia corporal.
8.Certifique-se que a pessoa está posicionada, com a cabeça encostada à parte superior da cama.	8.Facilita o procedimento.
9.Dobre o lençol de cima, até aos joelhos da pessoa.	9.Idem.
10.Se a pessoa for capaz de posicionar-se em decúbito dorsal: Solicite à pessoa que se posicione em decúbito dorsal. No caso de a pessoa ser capaz e não existirem contraindicações, solicite que faça a flexão dos joelhos, eleve a bacia, fazendo força com os membros inferiores sobre o colchão da cama.	10.Facilita o procedimento e promove a autonomia.

11. Coloque um resguardo de proteção sobre a região nadegueira.	11. Facilita o procedimento e evita complicações.
12. Assista ou dispa a pessoa, baixando as calças e as cuecas. Se a pessoa usar absorvente, retire-o.	12. Facilita o procedimento.
13. Coloque a arrastadeira sobre a região nadegueira.	13. Idem.
14. Se a pessoa não for capaz ou existirem contraindicações para levantar a bacia, solicite que se posicione em lateral (ficando virada para o lado oposto ao do enfermeiro), apoiando-se nas grades desse lado.	14. Idem.
15. Coloque a arrastadeira junto da pessoa e solicite que se posicione novamente em dorsal, rodando sobre a arrastadeira.	15. Idem.
16. Certifique-se que a arrastadeira está corretamente colocada. Tape a pessoa. Eleve a cabeceira da cama a 30°, caso a situação o permita. Se não houver contraindicações, pode deixar a pessoa sozinha, supervisionando-a, colocando a campainha junta à pessoa e as grades da cama elevadas.	16. Evita complicações e promove a privacidade.
17. Retire a arrastadeira, solicitando à pessoa para elevar a bacia ou solicitando à pessoa que se posicione em lateral, consoante a situação. Assista ou proceda à higiene perineal (a arrastadeira deverá ser colocada nos sujos e protegida por um resguardo ou papel de celulose).	17. Facilita o procedimento, promove o conforto, previne a infeção, promove a autonomia.
18. Retire luvas e realize a higiene das mãos (volte a colocar luvas se necessário).	18. Previne a contaminação.
19. Observe a integridade da pele na região sagrada, sulco inter-nadegueiro e região inguinal, coloque creme hidratante se necessário.	19. Despista sinais de maceração e eritema da fralda, hidrata a pele.

20. Coloque o absorvente caso seja necessário e assista a pessoa a vestir-se, voltando a assistir a pessoa no posicionamento.	20. Promove o conforto e a autonomia.
21. Realize a higiene das mãos.	21. Previne a contaminação.
22. Providencie a recolha e arrumação do material.	22. Promove o acondimento correto do material, previne a infeção.
23. Registe e documente os resultados (caraterísticas da urina e/ou das fezes, estado da pele e nível de participação da pessoa no autocuidado).	23. Promove a continuidade dos cuidados.

REFERÊNCIAS:

- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade - Posiconamentos, Transferências e Treino de Deambulação*. Obtido de Ordem dos Enfermeiros: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/gobp_mobilidade_vf_site.pdf
- Walsh, K., & Mennella, H. (10 de junho de 2016). *Bedpan or Urinal: Assisting with - Nursing Practice & Skill*. Obtido de Nursing Reference Center: <http://web.a.ebscohost.com/nrc/pdf?vid=3&sid=4d3e78ba-7309-476d-aeaa-8d96e978e5dc%40sessionmgr4008&hid=4101>

NOTA FINAL

No presente e-Book – **Aprendizagens em Contexto Simulado I (Volume I): Normas de Procedimento de Enfermagem** – foram apresentadas 21 normas de procedimento de enfermagem, integradas em 5 áreas temáticas: 1) envolver e acolher a pessoa/família no contexto de cuidados; 2) garantir a segurança dos atores no contexto de cuidados; 3) providenciar cuidados de conforto; 4) promover mobilidade física; e 5) promover eliminação efetiva.

O presente documento nasceu de questões, pesquisas, sínteses e reflexões desenvolvidas por estudantes e professores do DE da ESS | IPS, materializando-se agora num material pedagógico - um recurso digital de fácil acesso, de apoio às aulas teórico-práticas, práticas e ao ensino clínico, constituindo-se numa mais-valia para diferentes atores e contribuindo, em nosso entender, para a qualidade da aprendizagem, sobretudo em contexto simulado, e simultaneamente dos cuidados de Enfermagem.

Todas as Normas de Procedimento de Enfermagem foram cuidadosamente descritas e todos os seus passos fundamentados, atendendo aos estudos de investigação mais recentes nas áreas de conhecimento explanadas. Considerando a sua aplicação efetiva, foram testadas por professores e estudantes ao longo de dois anos letivos consecutivos e ilustradas com imagens recolhidas nas aulas e cujos atores principais foram os estudantes.

Tendo como ponto de partida as normas de procedimento apresentadas, desenvolvemos situações/casos clínicos, em ambiente de aprendizagem simulada, centradas na pessoa adulta e idosa nas vertentes da promoção e recuperação em Saúde. Assim, promovemos a mobilização dos saberes adquiridos e o desenvolvimento de competências pelos estudantes que apelam à integridade e que convocam o conhecimento singular da Enfermagem.